

Prävention und Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Handlungsmöglichkeiten
und Kooperation
im Saarland.

Leitfaden für Ärztinnen
und Ärzte, Zahnärztinnen
und Zahnärzte



**Prävention und Früherkennung
von**

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

**Handlungsmöglichkeiten
und Kooperation im Saarland**

**Leitfaden für
Ärztinnen und Ärzte,
Zahnärztinnen und Zahnärzte**

3. Auflage Saarland 2014

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

Telefon: 0681/501-3097 oder 3299

Telefax: 0681/501-3169 oder 3239

Internet: www.saarland.de

In Zusammenarbeit mit:

- Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Ärzte und Abteilung Zahnärzte
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Saarland e.V.
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saarland
- Saarländisches Ärztesyndikat

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Vorwort	IV
1 Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	1
1.1 Epidemiologie	2
1.2 Schutzfaktoren und Risikofaktoren	7
1.3 Formen von Gewalt und Häufigkeiten	10
1.3.1 Körperliche Misshandlung.....	10
1.3.2 Seelische Gewalt.....	11
1.3.3 Vernachlässigung	13
1.3.4 Sexuelle Gewalt.....	15
1.3.5 Elterliche Partnerschaftsgewalt.....	17
2 Prävention und Intervention	20
2.1 Angebote der Gesundheitsförderung	20
2.1.1 Vorausschauende Gesundheitsberatung.....	20
2.1.2 Gesundheitsförderung in der Familie.....	21
2.1.3 Gesundheitsförderung in Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen	21
2.1.4 Gesundheitsförderung in Schulen.....	22
2.2 Angebote der primären und sekundären Prävention	22
2.2.1 Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland"	23
2.2.2 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	26
2.2.3 Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitspflege.....	27
2.2.4 Zahnärztliche Untersuchungen	27
2.2.5 Prävention von Gewalt in Institutionen	29
2.2.6 Förderung der Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen.....	30
2.3 Angebote der sekundären Prävention und Intervention	30
2.3.1 Angebote für Eltern mit Schreibabys	30
2.3.2 Angebote für Kinder mit sonstigen Regulationsstörungen und sozial-emotionalen Störungen	31
2.3.3 Angebote bei seelischen Folgen von Kindesmisshandlung.....	31
2.3.4 Frühförderung.....	31
2.3.5 Sozialpädiatrisches Zentrum	32
2.3.6 Weitere Beratungsstellen	33
2.3.7 Angebote der Jugendhilfe	33
2.3.8 Angebote bei Kindesmisshandlung.....	35
2.3.9 Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes.....	35
3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis	36
3.1 Behandlung von Minderjährigen	36
3.2 Ärztliche Schweigepflicht	36
3.3 Zulässige Offenbarungen	37
3.3.1 Schweigepflichtentbindung.....	37
3.3.2 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)	38
3.3.3 Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 des Strafgesetzbuches	39
3.4 Anzeigepflicht	40
3.5 Konsequenzen für die ärztliche Praxis	41
3.5.1 Welche Aufgabe kommt Ärztinnen und Ärzten zu?	41
3.5.2 Welche Aufgaben haben Jugendhilfe, Familiengericht und Polizei?	42
4 Diagnostik und Befunderhebung	45
4.1 Diagnostik als Prozess	45
4.2 Auswirkungen von Vernachlässigung	45
4.3 Wann sollte in der Kinderarztpraxis an eine Vernachlässigung gedacht werden?	47
4.4 Körperliche Befunde	48
4.5 Formen von Verletzungen	49

4.6	Kindesmisshandlungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich	52
4.7	Verdacht auf sexuelle Gewalt	53
4.8	Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	55
4.8.1	Auswirkungen auf Verhalten und seelische Gesundheit	56
4.8.2	Traumafolgestörungen mit Krankheitswert	57
4.8.3	Besonderheiten verschiedener Entwicklungsstufen	57
4.9	Beurteilung der familiären Situation	60
4.9.1	Bewertung der Befunde	61
5	Fallmanagement in der Arztpraxis	63
5.1	Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	63
5.2	Zwischen den Praxisbesuchen	64
5.3	Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	66
5.4	Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	66
5.5	Vorstellung Minderjähriger durch Nicht-Sorgeberechtigte	67
5.6	Feedback	67
5.7	Weiterführende Links und Informationen zu den einzelnen Kapiteln	68
6	Schaubilder und Dokumentationsbögen	69
6.1	Verteilungsmuster von Unfall- und Misshandlungsverletzungen und Verbrennungen	69
6.2	Dokumentationsbögen Anamnese bei V. a. nichtakzidentelles Trauma	70
6.3	Dokumentationsschema Untersuchung bei V.a. nichtakzidentelles Trauma	74
6.4	Dokumentationsschema Diagnostik und weiteres Vorgehen bei V.a. nichtakzidentelles Trauma	77
6.5	Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma - Kurzfassung	78
6.6	Kindergynäkologischer Untersuchungsbefund	79
6.7	Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch	80
6.8	Zahnmedizin: Befundbogen forensische Zahnmedizin, zahnärztliche Diagnostik, Zahnschema	81
7	Adressen	86
7.1	Hilfeeinrichtungen und Behörden für direkte Interventionen	86
7.1.1	Jugendämter	86
7.1.2	Polizei	87
7.1.3	Rechtsmedizin	87
7.1.4	Familien- und Vormundschaftsgerichte	88
7.1.5	Staatsanwaltschaft	88
7.1.6	Jugendärztliche Dienste der Gesundheitsämter	89
7.1.7	Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" in den Landkreisen	89
7.1.8	Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten	90
7.1.9	Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser	90
7.1.10	Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin	90
7.1.11	Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
7.1.12	Sozialpädiatrisches Zentrum	91
7.1.13	Psychologische Beratungsstellen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche	91
7.1.14	Kinder- und Jugendtelefon	91
7.1.15	Frauen-Notruf	91
7.1.16	Frauenhäuser im Saarland	91
7.1.17	Weitere Beratungsstellen	92
7.2	Kooperationspartner für weitergehende Hilfen	92
7.2.1	Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser	92
7.2.2	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte	92
7.2.3	Fachgruppe Kinder- und Jugendärzte im saarländischen Ärztesyndikat	93
7.2.4	Berufsverband der Frauenärzte/-ärztinnen	93
7.2.5	Berufsverband der Hausärzte/-ärztinnen	93
7.2.6	Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater/-innen	93
7.2.7	Ärztekammer des Saarlandes	93
7.2.8	Zahnärztekammer des Saarlandes	94
7.2.9	Beratungsstellen für Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung	94
7.2.10	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Saarland e.V.	95
7.2.11	Schulpsychologische Dienste	95

7.2.12 Frühförderstellen	95
7.2.13 Behinderungsspezifische Frühförderstellen	97
7.2.14 Ministerien.....	97
8 Gesetzliche Grundlagen.....	98
8.1 Verfassung des Saarlandes (SVerf)	98
8.2 Vorschriften des Strafgesetzbuches (StGB)	98
8.3 Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)	102
8.4 Gewaltschutzgesetz (GewSchG)	103
8.5 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG; Art. 1 BKiSchG)	104
8.6 Vorschriften des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG)	106
8.7 Vorschriften des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)	109
8.8 Vorschriften des Saarländischen Polizeigesetzes (SPolG)	113
8.9 Vorschriften des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG)	113

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Formen von Gewalt gegen Kinder	1
Abb. 2 Kindeswohlgefährdung – Definition des deutschen Kinderschutzbundes	3
Abb. 3 Zusammenwirken von Schutzfaktoren und Risikofaktoren	8
Abb. 4 Gewalt durch Handlungen und/oder Unterlassungen	10
Abb. 5 Netzwerke Frühe Hilfen im Saarland	24
Abb. 6 Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe	33
Abb. 7 Familienergänzende und - ersetzende Angebote der Jugendhilfe	34

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Anzeigen nach § 225 StGB: Misshandlung von Schutzbefohlenen: Fälle je 100.000 Kinder bis 14 Jahre	2
Tab. 2: Anzeigen nach § 171 StGB: Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht: Fälle je 100.000 Kinder bis 16 Jahre.....	2
Tab. 3: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen nach § 42 SGB VIII im Saarland - Inobhutnahmen	3
Tab. 4: Verfahren 2012 nach § 8a SGB VIII: Akute Kindeswohlgefährdung	3
Tab. 5: Verfahren 2012 nach § 8a SGB VIII: Latente Kindeswohlgefährdung.....	3
Tab. 6: Überlagerung von Formen der Gewalt.....	4
Tab. 7: Internationaler Vergleich der Prävalenzen von Kindesmisshandlung	6
Tab. 8: Formen von Vernachlässigung	14
Tab. 9: Häufigkeiten für emotionale und körperliche Vernachlässigung	14
Tab. 10: Häufigkeiten für emotionale und körperliche Vernachlässigung	14
Tab. 11: Beteiligung der Kinder am Gewaltgeschehen (Mehrfachnennung möglich)	17
Tab. 12: Möglichkeiten der Gesundheitsförderung	20
Tab. 13: Primäre und sekundäre Prävention	23
Tab. 14: Risikomerkmale hochbelasteter Familien.....	24
Tab. 15: Sekundäre Prävention und Intervention	30
Tab. 16: Entwicklung und kindliche Traumatisierung.....	59

Vorwort

Weltweit sterben nach Angaben der Kinderhilfsorganisation UNICEF jährlich über 50.000 Kinder und Jugendliche an den Folgen von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung. Das schlimme Leiden dieser Kinder und Jugendlichen wird uns mit erschreckender Deutlichkeit durch Medienberichte einzelner Schicksale vor Augen geführt. Den öffentlich bekannten Fällen von schwerer Misshandlung und Vernachlässigung steht eine hohe Dunkelziffer aller Formen von Gewalt in allen Gesellschaftsschichten gegenüber. Sie zu erkennen und den Betroffenen zu helfen ist schwierig und nicht immer möglich. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche wird meist aus Angst oder Scham verschwiegen.

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche hat viele Gesichter: körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, seelische Gewalt, sexueller Missbrauch und elterliche Partnerschaftsgewalt können bei Kindern und Jugendlichen zu akuten und/oder bleibenden Schäden führen und Entwicklung und Lebensentwürfe nachhaltig negativ beeinflussen.

In den vergangenen Jahren wurden bundesweit eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht, den Kinderschutz zu stärken. Im Saarland wurden bereits seit 2007 zunächst mit dem Modellprojekt "Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz", das seit 2012 als "Frühe Hilfen im Saarland" in die Regelversorgung übergegangen ist, wichtige Schritte getan, eine Gefährdung des Kindeswohles frühzeitig zu erkennen und Eltern Hilfen anzubieten. Durch die Maßnahmen zur Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wurden deutlich mehr Kinder aus belasteten Familien erreicht. Multi-professionelle Teams leisten in Kinderkliniken als Kinderschutzgruppen Diagnostik- und Beratungsarbeit. Die engere Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe und die Bildung regionaler Netzwerke, in die alle Akteure mit ihren unterschiedlichen fachlichen Kompetenzen eingebunden sind, die Kinder und Jugendliche behandeln, betreuen oder im Kinderschutz tätig sind, haben dazu beigetragen, früher als bisher auch fachliche Unterstützung anderer Professionen anzufordern, wenn eine Gefährdung für Kinder oder Jugendliche erkennbar ist.

Das Bundeskinderschutzgesetz von 2012 hat viele Erfahrungen aus den Modellprojekten der Frühen Hilfen aufgegriffen, u.a. frühe Information über Beratungs- und Hilfeangebote und die Bildung regionaler Netzwerke. Es regelt in einem gestuften Verfahren Aufgaben und Befugnisse für Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsheimnisträger, was Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung angeht und schafft damit Rechtssicherheit in diesem kritischen Bereich.

Ärztinnen und Ärzte sind durch den engen Kontakt mit den Familien im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen in besonderer Weise prädestiniert, die Auswirkungen von Gewalt an Kindern zu erkennen und zudem als "Türöffner" für die Inanspruchnahme weiterführender psychosozialer Unterstützung zu fungieren. Dies gilt ebenso für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die neben der individuellen Betreuung in der Praxis auch im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen tätig sind.

Der Leitfaden zu Prävention, Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche soll ihnen Informationen zur Diagnostik, zum Vorgehen in der Praxis und zu vorhandenen Hilfsangeboten liefern.

Er soll aber auch anderen Professionen, die Kinder betreuen oder im Kinderschutz tätig sind, Möglichkeiten und Angebote im Bereich der Prävention und Intervention aufzeigen und ihnen Ansprechpartner aus den verschiedenen Fachbereichen benennen.

Die vorliegende Fassung des Leitfadens ist eine Aktualisierung des 2009 erschienenen gleichnamigen Leitfadens. Gemeinsam haben Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, der Gesundheitsämter, des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte - Landesverband Saarland, der Ärztekammer und der Zahnärztekammer des Saarlandes, des saarländischen Ärztesyndikats, des Ministeriums für Justiz, des Landesjugendamtes und des Deutschen Kinderschutzbundes - Landesverband Saarland die Überarbeitung durchgeführt und mit großer Unterstützung der Techniker Krankenkasse die Veröffentlichung ermöglicht. Beiträge lieferten auch das Landeskriminalamt, das Institut für Rechtsmedizin an der Universität des Saarlandes, der Berufsverband der Frauenärzte, die Kinderschutzgruppen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin, die Landeskoordinierungsstelle "Frühe Hilfen" und die "Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt".

Mit diesem Leitfaden erhält auch das Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland" einen weiteren Baustein, der dazu beitragen soll, Kinder vor den vielfältigen Formen von Gewalt besser zu schützen.

Der Leitfaden liegt als Broschüre vor und steht auch als Online-Version auf den Internetseiten aller Partner dieses Projekts zur Verfügung.



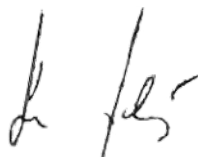
Andreas Storm
Minister für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie



Jörn Simon
Leiter Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saarland



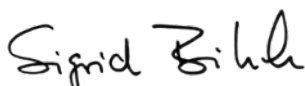
Dr. med. Josef Mischo
Präsident der Ärztekammer des Saarlandes



Sanitätsrat Dr. med. dent. Hans Joachim Lellig
Präsident der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte



Karl Stiller
Vorsitzender des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Saar e.V.



Dr. med. Sigrid Bitsch
Vorsitzende des saarländischen Ärztesyndikates – Fachgruppe Kinderärzte

Allgemeine Hinweise des Herausgebers

Im diesem überarbeiteten Leitfaden werden die unterschiedlichen Formen, Häufigkeiten und Risikofaktoren von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche beschrieben. Als neuer Schwerpunkt ist die Prävention und Intervention im Kontext der gesundheitlichen Versorgung und teilweise der Jugendhilfe ausführlich dargestellt. Der rechtliche Rahmen und das daraus abgeleitete Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung werden beschrieben, ebenso die Diagnostik und Dokumentation der verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung. Die Literaturangaben zu den einzelnen Themenfeldern sind sowohl ein Quellenachweis als auch Empfehlung für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema.

Saarländische Einrichtungen, die in diesem Bereich Hilfen für Opfer und Angehörige sowie Beratungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte anbieten, sind in einem Adressverzeichnis zusammengestellt. Relevante rechtliche Regelungen sind als Gesetzestext aufgeführt.

Der Leitfaden richtet sich primär an die ärztliche und zahnärztliche Praxis, soll aber auch die Arbeit anderer Einrichtungen und Professionen unterstützen. Er soll außerdem dazu anregen, ein persönliches Netzwerk aufzubauen bzw. in den regionalen Netzwerken mitzuarbeiten, um bei einer entsprechenden Problemlage rasch in der Lage zu sein, Kontakt mit weiterhelfenden Institutionen oder Personen aufnehmen zu können.

Die Anwenderinnen und Anwender des Leitfadens werden um Mitteilung geänderter Anschriften und Telefonnummern gebeten.

An der Überarbeitung des Leitfadens haben mitgearbeitet:

Ulrike Breitlauch
Justine Bronkalla
Prof. Dr. Günther Deegener
Dr. Martin Enders-Comberg
Martina Engel-Otto
Marion Ernst
Dr. Eva Groterath
Dr. Bernd Herrmann
Dr. Stephanie Lehmann-Kannt
Thomas Jochum
Andrea Käfer
Dr. Renate Klein
Dr. Klaus-Henning Kraft
Stefanie Krämer
Dr. Lieselotte Simon-Stolz
Prof. Dr. Eva Möhler
Katja Müller
Prof. Dr. Peter Schmidt
Dr. Gisela Tascher

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Projektbeteiligten für die Zusammenarbeit und Hilfe bedanken.

Die vorliegende Überarbeitung basiert auf dem erstmals 1998 im Saarland erschienenen Leitfaden "Gewalt gegen Kinder – Früherkennung, Handlungsmöglichkeiten und Kooperation im Saarland", für den Teile des in Hessen erschienenen Leitfadens "Gewalt gegen Kinder – Handlungshilfe für Arztpraxen in Hessen" mit freundlicher Genehmigung des Hessischen Sozialministeriums und der Techniker Krankenkasse in Hessen übernommen wurden.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

1 Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Gewalt gegen Kinder ist in unserer Gesellschaft in vielfältiger Weise gegenwärtig, in unterschiedlicher Form und Ausprägung. Gewalt in den Familien ist nicht als Problem-bereich einer kleinen Gruppe von Eltern zu sehen, sondern hat eine gesamtgesell-schaftliche Dimension. Gewalt kann bei Kindern und Jugendlichen zu akuten und blei-benden Schäden führen und Entwicklung und Lebensentwürfe nachhaltig negativ be-influssen.

Der deutsche Kinderschutzbund definiert Kindesmisshandlung als eine nicht zufällige, bewusste oder unbewusste, gewaltsame seelische und/oder körperliche Beeinträch-tigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern oder andere Erziehungspersonen, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder sogar zum Tode führt (s. 1.1).

Unterschieden werden fünf Säulen der Gewalt und des Gewaltschutzes: neben körper-licher Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, seelischer Gewalt und sexuellem Miss-brauch wird elterliche Partnerschaftsgewalt zunehmend als eine gravierende Form der Gewalt gegen Kinder wahrgenommen. Im Nachfolgenden wird Kindesmisshandlung als Oberbegriff für all diese Gewaltformen verwendet.

Den öffentlich bekannten Fällen von schwerer Kindesmisshandlung steht eine hohe Dunkelziffer aller Formen dieser Gewalt gegenüber. Schätzungen der UNICEF gehen davon aus, dass in Deutschland zwischen 50.000 und 500.000 Kinder und Jugendli-che von Gewalt betroffen sind. Gewalt zu erkennen und den Betroffenen zu helfen, ist schwierig und nicht immer möglich. Gewalt gegen Kinder wird meist aus Angst oder Scham verschwiegen.

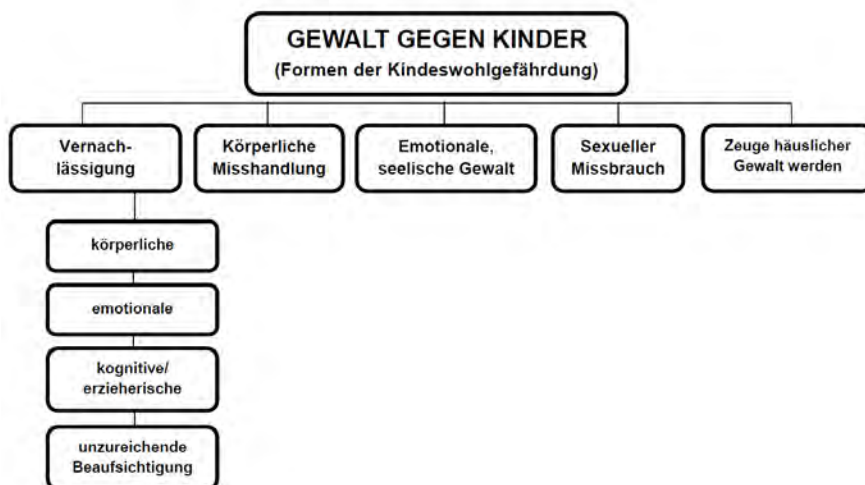


Abb. 1 Formen von Gewalt gegen Kinder

Ärztinnen und Ärzte genießen bei den Menschen eine besondere Vertrauensstellung. Sie sind die am häufigsten ins Vertrauen gezogene Berufsgruppe innerhalb des öffentli-chen Sektors. Gleichzeitig werden sie in Praxis und Klinik sowohl mit den Formen akuter Gewalt konfrontiert als auch mit den Auswirkungen von Gewalt auf Gesundheit und Entwicklung. Sie sind gefordert, im Einzelfall Gewalt als dafür ursächlich zu er-kennen und Eltern darauf anzusprechen. Damit können Ärztinnen und Ärzte zudem als "Türöffner" für die Inanspruchnahme weiterführender psychosozialer Unterstützung und Schutzorganisationen fungieren und darüber hinaus im Bedarfsfall den Kinder-schutz durch das Jugendamt einleiten.

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes oder Jugendlichen nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig, sie kann aber auch durch ältere Geschwister und ältere Kinder und Jugendliche ausgeübt werden.

Gewalt wird fast immer in der Familie oder in anderen Formen des Zusammenlebens ausgeübt. Dabei steht seelisches Quälen der physischen Misshandlung nicht nach, wird jedoch nicht selten erstaunlich lange toleriert und verschwiegen. Viele Kinder und Jugendliche sind auch durch das Erleben von Gewalt in der Partnerschaft ihrer Eltern belastet, manchmal sogar traumatisiert.

Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Die zunehmende Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in unserer Gesellschaft darf nicht dazu führen, dass wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf misshandelnde Personen (und ihre Opfer) richten. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Diesen Verhältnissen sind alle Menschen - je nach ihrer sozialen Lage - ausgesetzt. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend wird in der Fachöffentlichkeit zunehmend als Risikofaktor für Gewalt gegen Kinder wahrgenommen.

1.1 Epidemiologie

Gewalt gegen Kinder findet überwiegend in der Familie statt. Zunehmend wird auch Gewalt in Institutionen öffentlich wahrgenommen. Darüber hinaus sind physische und psychische Gewalt von und zwischen Kindern und Jugendlichen in Schule und Peer-Groups bedeutend. Kinder und Jugendliche können hier als Opfer und Täter in Erscheinung treten. Einheitliche Definitionen für die unterschiedlichen Formen von Gewalt existieren weder auf nationaler noch internationaler Ebene (Hornberg et al., 2008) (1).

Eine systematische Erfassung von Kindesmisshandlungen findet in Deutschland nicht statt. Die jährlichen Kriminalstatistiken zu Misshandlung und Vernachlässigung nach § 225 StGB - Misshandlung von Schutzbefohlenen - sowie nach § 171 StGB - Verletzung der Fürsorgepflicht - sind wegen der hohen Dunkelziffer in epidemiologischer Hinsicht wenig aussagekräftig, zeigen aber möglicherweise Tendenzen auf hinsichtlich der Bereitschaft zur Anzeige und Inanspruchnahme von Hilfen (2).

Tab. 1: Anzeigen nach § 225 StGB: Misshandlung von Schutzbefohlenen: Fälle je 100.000 Kinder bis 14 Jahre

§ 225 StGB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Saarland	21,9	12,9	14,9	13,0	16,5	20,7	19,0	18,1	24,2	23,4	27,1	31,9	28,9	28,1	36,6	47,1	41,2	47,6	26,2
Deutschland	15,5	15,2	16,1	16,9	17,7	18,8	18,0	21,5	23,1	26,1	26,6	27,0	29,5	32,2	33,1	34,1	36,9	35,8	34,7

Tab. 2: Anzeigen nach § 171 StGB: Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht: Fälle je 100.000 Kinder bis 16 Jahre

§ 171 StGB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Saarland	6,2	10,7	6,8	11,9	3,5	4,7	8,8	3,6	6,1	8,7	11,5	4,6	10,2	16,8	13,0	17,1	17,5	13,1	19,8
Deutschland	7,7	7,2	8,5	8,1	8,3	8,6	8,0	8,3	8,1	9,4	9,1	9,3	13,0	14,7	14,7	15,3	14,7	15,2	14,3

Gleiches gilt für die Statistik der Jugendhilfe über Inobhutnahmen aus den Jahren 2008 bis 2012 für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (3).

Tab. 3: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe: Vorläufige Schutzmaßnahmen nach § 42 SGB VIII im Saarland - Inobhutnahmen

	2008	2009	Anzahl 2010	2011	2012
Gegenstand der Einweisung ⁽¹⁾ insgesamt	345	482	491	608	720
davon:					
Überforderung der Eltern/des Elternteils	188	260	224	240	263
Vernachlässigung	46	50	45	63	68
Anzeichen für Misshandlung	38	62	48	44	55
Anzeichen für sexuellen Missbrauch	3	6	9	6	7
Trenn- und/oder Scheidung der Eltern	8	14	28	7	4

¹⁾ Für jedes Kind oder Jugendlichen konnten bis zu zwei Anlässe der Maßnahme angegeben werden.

Das statistische Bundesamt (4) veröffentlichte 2013 die erstmals für 2012 erfassten, von den Jugendämtern durchgeführten Verfahren gemäß § 8a SGB VIII. Danach hat das Jugendamt Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen (s. Gesetzestext Kapitel 8.6).

Kindeswohlgefährdung
 ist ein das Wohl und die Rechte des Kindes
 beeinträchtigendes Verhalten oder Handeln
 bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge

durch Eltern oder andere Personen in Familien oder Institutionen
 das zu nicht zufälligen Verletzungen,
 zu körperlichen oder seelischen Schädigungen
 und /oder Entwicklungsbeeinträchtigungen

des Kindes führen kann

was die Hilfe und eventuell das Eingreifen
 von Jugendhilfeeinrichtungen und Familiengerichten
 in die Rechte der Inhaber der elterlichen Sorge
 im Interesse der Sicherung der Bedürfnisse und des Wohls eines Kindes
 notwendig machen kann.

Abb. 2: Kindeswohlgefährdung – Definition des deutschen Kinderschutzbundes

Insgesamt wurden 2012 bundesweit 106.623 Gefährdungseinschätzungen vorgenommen. Davon stellten 16.875 (15,8 %) eine akute Kindeswohlgefährdung dar und 21.408 (20,1 %) wurden als latente Kindeswohlgefährdung eingestuft. Latente Kindeswohlgefährdung wird angenommen, wenn die Frage der tatsächlich bestehenden Gefahr nicht eindeutig beantwortet werden kann, aber der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht und nicht ausgeschlossen werden kann.

Tab. 4: Verfahren 2012 nach § 8a SGB VIII: Akute Kindeswohlgefährdung

Akute Kindeswohlgefährdung nach Anzeichen für					
Verfahren	Vernachlässigung	körperliche Misshandlung	psychische Misshandlung	sexuelle Gewalt	Gesamt (Mehrfach- nennungen)
16.875	10.721	4.990	4.689	1.118	21.518
15,8 %	49,8 %	23,2 %	21,8 %	5,2 %	100 %

Tab. 5: Verfahren 2012 nach § 8a SGB VIII: Latente Kindeswohlgefährdung

Latente Kindeswohlgefährdung nach Anzeichen für					
Verfahren	Vernachlässigung	körperliche Misshandlung	psychische Misshandlung	sexuelle Gewalt	Gesamt (Mehrfach- nennungen)
21.408	14.614	4.044	5.137	821	24.616
20,1 %	59,4 %	16,4 %	20,9 %	3,3 %	100 %

2012 wurden den Jugendämtern im Saarland 1.436 Hinweise auf Kindeswohlgefährdung angezeigt; davon wurden 161 (11,2 %) als akute und 243 (16,9 %) als latente Kindeswohlgefährdung eingestuft.

Dunkelfeldstudien

Häuser et al. (2011) (6) befragten in einer repräsentativen deutschen Studie 2.504 Personen aus der Bevölkerung ab 14 Jahren retrospektiv zu Misshandlungserlebnissen für den Zeitraum der Kindheit und Jugend. 14,9 % berichteten über emotionalen, 12,0 % über körperlichen und 12,5 % über sexuellen Missbrauch. 49,3 % berichteten von emotionaler, 48,4 % von physischer Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend. Schwere emotionale Misshandlung in der Kindheit und Jugend wurde von 1,6 %, schwere körperliche Misshandlung von 2,7 % und schwerer sexueller Missbrauch von 1,9 % der Befragten angegeben. Bezogen auf Vernachlässigung gaben 6,5 % schwere/extreme emotionale und 10,8 % schwere körperliche Vernachlässigung an.

Überlagerung von Formen der Gewalt

Auffallend sind auch die Überlagerungen der verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung. Stadler (2012) (7) berichtet von einer 2011 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführten repräsentativen Befragung von deutschstämmigen Männern und Frauen im Alter von 16 bis 40 Jahren zu Gewalterfahrungen in der Kindheit. Von allen in der Spalte "Körperliche Misshandlung" aufgeführten Opfern hatten 47,5 % auch emotionale Vernachlässigung, 34,2 % auch emotionalen Missbrauch, 31,6 % auch körperliche Vernachlässigung, 40,4 % elterliche Partnergewalt, 95,4 % auch leichte körperliche Gewalt und 13,7 % auch sexuellen Missbrauch erlebt (Tab. 6).

Tab. 6: Überlagerung von Formen der Gewalt

Bivariate Zusammenhänge der Viktimisierungserfahrungen:			
	Emotionale Vernachlässigung (n = 1181)	Körperliche Vernachlässigung (n = 783)	Körperliche Misshandlung (n = 1093)
Emotionale Vernachlässigung	---	65,4 % (515)	47,5 % (519)
Emotionaler Missbrauch	41,2 % (486)	43,3 % (339)	34,2 % (374)
Körperliche Vernachlässigung	43,4 % (515)	---	31,6 % (346)
Zeuge elterlicher Paargewalt	39,8 % (480)	42,1 % (337)	40,4 % (451)
Leichte körperliche Gewalt	77,9 % (938)	75,3 % (600)	95,4 % (105)
Körperliche Misshandlung	43,1 % (519)	43,4 % (346)	---
Sexueller Missbrauch mit Körperkontakt	12,6 % (151)	13,6 % (108)	13,7 % (152)

Kinder/Jugendliche mit Behinderung

Auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Methoden und Stichprobenerhebungen zeigen beim Kind oder Jugendlichen vorhandene Behinderungen/Beeinträchtigungen besonders hohe Raten von unterschiedlichen Gewalterfahrungen. Wissenschaftler der Universität Liverpool und des Fachbereichs "Prävention von Gewalt und Verletzungen" der WHO haben 17 internationale Studien mit 18.374 behinderten Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ausgewertet (Jones et al., 2012) (8).

Danach erfahren knapp 27 % der behinderten Kinder Gewalt in irgendeiner Form, sei es körperlich, sexuell, emotional oder durch Vernachlässigung. Der Anteil körperlich misshandelter Kinder mit Behinderung erreicht hiernach 20 %, die Rate des sexuellen Missbrauchs liegt in dieser Gruppe bei 14 %. Im Vergleich zu Kindern, die keine Behinderung aufweisen, haben behinderte Kinder ein 3,7-fach höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden. Das Risiko für körperliche Gewalt ist 3,6-fach, das für sexuelle Gewalt 2,9-fach höher.

Bei einer Befragung von Frauen mit Behinderungen/Beeinträchtigungen (Schröttle et al., 2012) (9) gaben diese folgendes Ausmaß an Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend an:

- 50-60 % psychische Gewalt und psychisch verletzende Handlungen durch Eltern
- 74-90 % elterliche körperliche Gewalt
- 20-35 % sexuellen Missbrauch durch Erwachsene
- 25-50 % sexuellen Missbrauch durch Erwachsene oder durch andere Kinder und Jugendliche.

Gewalt in Institutionen

Gewalt in Institutionen kann in verschiedenen Formen und Ausprägungen vorkommen: von Grenzverletzungen (Umgangsweisen, unfachliche Interventionen), Vernachlässigung oder materieller Ausbeutung, Erpressung, körperlichen oder sexuellen Übergriffen bis hin zu Körperverletzung und sexuellem Missbrauch/sexueller Nötigung (Wolff, 2012) (10).

Zur Gewalt in Institutionen in der Vergangenheit und Gegenwart erlaubt die gegenwärtige empirische Datenlage keine Schlussfolgerungen über die tatsächliche Größenordnung der Problematik. Es liegen lediglich vereinzelte Studien bzw. Berichte Betroffener zum sexuellen Kindesmissbrauch in Institutionen vor (Bergmann, 2011) (11).

Eine empirische Studie aus dem Ausland (Irland), Aussagen ehemaliger Heimkinder aus Deutschland und Zeugnisse ehemaliger Internatsschülerinnen und -schüler aus dem In- und Ausland legen den Verdacht nahe, dass Mädchen und Jungen in der älteren Vergangenheit in weitgehend geschlossenen Systemen auffallend häufig von sexualisierter Gewalt betroffen waren. Wie viele Kinder und Jugendliche früherer Generationen in anderen Institutionen Opfer sexualisierter Gewalt wurden, ist nach wie vor unbekannt.

Für die Gegenwart belegen wenige kleinere Studien aus dem Ausland (USA und England) das Vorkommen sexualisierter Gewalt in stationären Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe. Für Deutschland liegen weder zu diesem Praxisfeld vergleichbare Daten vor noch gibt es empirische Befunde, die Hinweise darauf geben, wie viele Kinder in anderen Praxisfeldern der Kinder- und Jugendhilfe und in Bildungseinrichtungen aktuell betroffen sind. Es fehlen empirische Untersuchungen, die annähernd Aufschluss geben über die Verbreitung dieser Form der Kindeswohlgefährdung. Berichte aus der Praxis lassen darauf schließen, dass eine nicht geringe Zahl von Mädchen und Jungen entsprechende Erfahrungen in Institutionen machen muss (Bergmann, 2011) (11).

Sexueller Kindesmissbrauch wird eher mit kirchlichen und sozialpädagogischen Einrichtungen, Schulen, Heimen oder Sportvereinen in Verbindung gebracht. Dass aber auch ein hohes Risikopotential in Kliniken und generell im medizinisch-therapeutischen Setting besteht, darf nicht vernachlässigt werden. Verlässliche Zahlen sind jedoch nicht verfügbar (Fegert, 2013, v. Bismarck, 2013) (12, 13).

Internationale Daten

Eine einheitliche systematische Erfassung fallbezogener Daten findet z.B. in den USA, Großbritannien und Canada statt. Einige Zahlen aus Deutschland erlauben den Vergleich der Häufigkeiten der verschiedenen Formen mit den Ländern Großbritannien (14), USA (15) und Kanada (16), die eine Meldepflicht für Kindesmisshandlung haben (Witt, 2013) (17).

Tab. 7: Internationaler Vergleich der Prävalenzen von Kindesmisshandlung

Form (in %)	UK (14)	USA(15)	Kanada (16)		Deutschland (6)	
			männlich	weiblich	"leicht"	"schwer"
Kindesmisshandlung (allgemein)	16,0	11,0	-	-	-	-
körperliche Misshandlung	7,0	4,2	21,5	18,3	12,0	2,7
emotionale Misshandlung	6,0	7,1	-	-	14,9	1,6
Vernachlässigung	6,0 ¹	1,6 ³	-	-	49,3 ⁵	6,5 ⁵
	5,0 ²	1,5 ⁴	-	-	48,4 ⁶⁻¹	10,8 ⁶⁻²
sexuelle Misshandlung	11,0	6,7	8,3	22,1	12,5	1,9
Zeuge häuslicher Gewalt	-	24,8	-	-	-	-

¹ Absence of provision / ² absence of supervision / ³ neglect / ⁴ custodial indifference / ⁵ emotionale Vernachlässigung: ⁵⁻¹ emotionale Vernachlässigung: Summe aller Formen von gering bis extrem, ⁵⁻² emotionale Vernachlässigung: schwere/extreme Form / ⁶ körperliche Vernachlässigung: ⁶⁻¹ körperliche Vernachlässigung: Summe aller Formen von gering bis extrem, ⁶⁻² körperliche Vernachlässigung: schwere/extreme Form

Erfassung Kindesmisshandlung in der Medizin

In Deutschland erfolgten Anfang 2013 erste Schritte zur einheitlichen Erfassung von Kindesmisshandlung in der Medizin: Die "Kinderschutz-OPS" 1-945 wurde in den OPS-Prozedurenkatalog aufgenommen. Fast zeitgleich erfolgte die Änderung der deutschen Kodierrichtlinie DKR 1915, die es nun ermöglicht, die ICD-Diagnose T 74 (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und andere) zu kodieren (Franke 2013) (18).

Gleichzeitig wurde seit August 2013 mit der Änderung des § 294a SGB V die Pflicht aufgehoben, den Krankenkassen "Krankheitsursachen und drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sind", mitzuteilen. Damit wird den Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz Rechnung getragen, die die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe stärken wollen.

Folgekosten

Viele aktuelle Probleme, wie das Fehlen national und international vergleichbarer Daten zu Epidemiologie und Evaluation von Präventions- und Hilfemaßnahmen wären durch gemeinsame Erhebungsparameter lösbar. Dies gilt auch für die gesamtgesellschaftlichen Folgen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung, die sowohl psychosozialer als auch ökonomischer Art sind. Die Folgekosten sind erheblich, allerdings aufgrund der Unsicherheiten der Datenlage nur grob abschätzbar auf 11 Milliarden Euro pro Jahr (Habetha et al., 2012) (19).

Literatur zu 1.1

- (1) Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A.: Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, 11.12, 2008
- (2) Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) Deutschland und Saarland (2013): Statistiken der Anzeigen nach §§ 225 und 171 StGB
- (3) Statistisches Landesamt (2013). Statistiken der Kinder und Jugendhilfe: vorläufige Schutzmaßnahmen nach § 42 SGB VIII
- (4) Statistisches Bundesamt (2013). Statistiken der Kinder und Jugendhilfe. Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII (2012). Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2012 nach Ländern und dem Ergebnis der Verfahren; [Link](#)
- (5) Blum-Maurice, R., Knoller, E.-C., Nitsch, M. & Kröhnert, A. (2000). Qualitätsstandards für die Arbeit eines Kinderschutz-Zentrums. Köln: Eigenverlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.; zitiert nach: Deegener, G., Kömer, W. (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen. S. 37
- (6) Häuser W. et al.: Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 2011; 108 (17): 287-94; [Link](#)
- (7) Stadler, L., (2012): Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit. Epidemiologie, Risikofaktoren und Reviktimisierung im Erwachsenenalter. Praxis der Rechtspsychologie, 22 (2), 431

- (8) Jones, L. et al.: Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, Pages 899 - 907, 8.9.2012
- (9) Schröttle, M. et al.: Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland, 2013; [\(Link\)](#)
- (10) Wolff, M.: Vortrag Saarbrücken beim AK Kinderhilfe und Justiz, 07.02.2012
- (11) Bergmann, Ch.: Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011; [\(Link\)](#)
- (12) Fegert, J.M. et al.: Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische und therapeutische Behandlung. Erfahrungen und Forderungen von Betroffenen. *Nervenheilkunde* 11/2013. Schattauer, . 826-833
- (13) v. Bismarck, S.: Sexueller Missbrauch in Institutionen. Prävention und Intervention in Kinderkliniken. 109. Jahrestagung der DGKJ, 12.-14.09.2013, Düsseldorf
- (14) May Chahal C., Cawson P. Maesering child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect: *Child Abuse Negl*; 29; 2005; 965-984
- (15) Finkelhoc, D. et al.: Trends in childhood violence and abuse exposure. Evidence from 2 national surveys. *Arch Paediatr Adolesc Med* 2010, 164: 238-242
- (16) Mac Millan, H.L. et al. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl* 2013; 37: 14-21
- (17) Witt, A., Rassenhofer, M., Pillhofer, M.M, Plener, P.L., Fegert, J.M.: Das Ausmaß von Kindesmissbrauch und -misshandlung in Deutschland. *Nervenheilkunde* 2013; 32: 813-818
- (18) Franke, I.: Beim Kinderschutz ist viel passiert. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 110, Heft 48, (2013) 2308-2309; [\(Link\)](#)
- (19) Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J., Fegert, J. M., (2012): Deutsche Traumafolgekostenstudie, Schriftenreihe Band III, IGSF - Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH (Hrsg.)

1.2 Schutzfaktoren und Risikofaktoren

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist abhängig von den zur Verfügung stehenden individuellen (biologisch oder psychologisch) und umfeldbezogenen Ressourcen und deren Zusammenwirken, ergänzt um eigene Erfahrungen und daraus resultierende Einstellungen. Zum Lebensumfeld gehören neben der Familie und ihrer Lebenssituation das soziale Umfeld ebenso wie die verfügbaren institutionellen Strukturen und die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen. Auch die vielfältigen Risikofaktoren, die zu Gewalt gegen Kinder führen, finden sich in diesem gesamten Kontext.

Positive Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen auch unter schlechten Umfeldbedingungen werden seit langem beobachtet und in verschiedenen Längsschnittstudien beschrieben (Laucht et al., 1998) (1). Ressourcen beim Kind oder im Umfeld wirken protektiv und erhöhen die Resilienz (Widerstandskraft) gegenüber negativen Einflüssen. Andere Kinder und Jugendliche erweisen sich als emotional besonders verletzbar (vulnerabel). Dies kann zum einen genetisch bedingt, zum anderen in einschneidenden Lebensphasen (z.B. Pubertät) oder durch Traumatisierung erworben sein. Vulnerable Personen entwickeln unter belastenden Bedingungen eher psychische oder psychosomatische Störungen.

Schutzfaktoren sind die beim Kind vorhandenen individuellen Merkmale und Copingstrategien (Resilienzen), die interaktiv als Puffer gegen Risikofaktoren wirken und die Entstehung psychischer Störungen verhindern oder abmildern (Lenz, 2010) (2).

Positive Entwicklungen unter schlechten Umfeldbedingungen sind dann möglich, wenn Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Ressourcen gute Anpassungsstrategien entwickeln können. Die Aktivierung dieser Strategien zur Bewältigung von Aufgaben trotz schwieriger Umstände wird als Resilienz bezeichnet. Resilienz ist allerdings kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein variabler Prozess: Ändern sich die Umfeldbedingungen, können auch die Anpassungsstrategien versagen (Bengel et al., 2009) (3).

Risikofaktoren beschreiben ungünstige Konstellationen im personalen, familiären und sozialen Bereich. Generelle Risikofaktoren sind u. a. die wachsende Armutsquote in der Bevölkerung, hohe Toleranz gegenüber aggressiven/gewaltförmigen Konfliktlösungen sowie Macht- und Beziehungsgefälle zwischen den Geschlechtern auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene. Ebenso zählen dazu ein ungünstiges soziales Umfeld: fehlendes sozial unterstützendes Netzwerk der Familie, hohe Kriminalitätsrate in der Gemeinde, Leben in einem sozialen Brennpunkt, eine hohe Arbeitslosenquote sowie zu wenige oder gar keine Kinderbetreuungsmöglichkeiten.

Auf der familiären Ebene wirken sich Partnerkonflikte, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen, beengte Wohnverhältnisse sowie die individuelle Situation eines Elternteils belastend aus.

Eltern mit eigener Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung in der Kindheit neigen eher zu Gewalt, gleiches gilt bei Vorliegen psychischer Störungen und/oder Suchtproblematik, chronischen Erkrankungen und Minderbegabungen, verbunden mit mangelnden Fähigkeiten im Umgang mit Stress und der Lösung von Konflikten.

Auch Belastungen seitens des Kindes wie Frühgeburtlichkeit, Regulationsstörungen mit häufigem nächtlichen Schreien, eine chronische Erkrankung oder Behinderung des Kindes oder eines Geschwisterkindes mit hoher Anforderung an elterliche Unterstützung können Gewalt fördern, insbesondere in einem schon belasteten Umfeld (Bolten et al.) (4).

Die Wechselwirkungen zwischen risikomildernden Schutzfaktoren und risikoe erhöhenden Belastungsfaktoren können die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß von Kindesmisshandlung erhöhen oder reduzieren (Bettge, 2004, Bender et al., 2000, Deegener, 2009) (5, 6,7).

Die Kumulation von Risikofaktoren führt zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsstörungen beim Kind und/oder Kindesmisshandlungen. Unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren können alle Kinder von Gewalt betroffen sein.

Heutige Erklärungsansätze gehen davon aus, dass weder genetische Vorgaben noch sozioökonomische Bedingungen allein das Zustandekommen von Misshandlungen erklären.

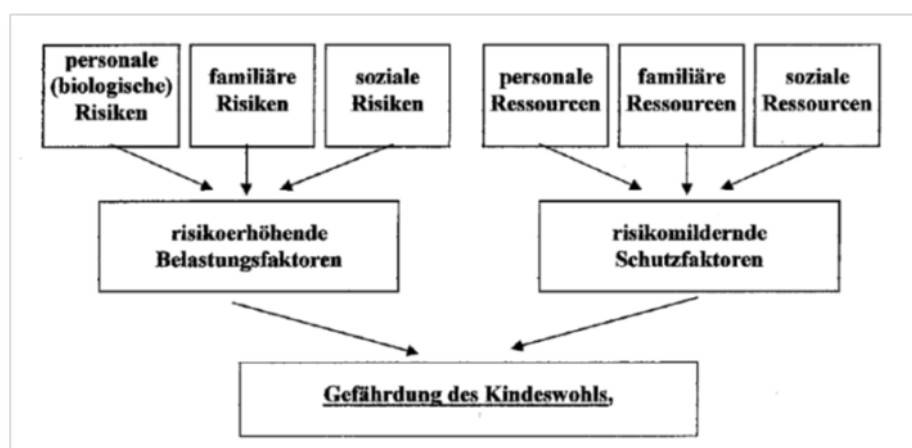


Abb. 3: Zusammenwirken von Schutzfaktoren und Risikofaktoren

Kindler et al (2009) (8) stellten anhand einer Literaturrecherche aus 15 Längsschnittstudien insgesamt 22 Faktoren zusammen, die sich in mindestens zwei dieser Studien als Vorhersagefaktoren für frühe Vernachlässigung und Misshandlung bewährt hatten und deren Rolle als Risikofaktor er am ehesten als "gesichert" ansieht. Die Faktoren sind in acht Bereiche aufgeteilt:

Grobindikatoren der sozialen Lage der Familie:

- Armut/Arbeitslosigkeit

- Sozialeinkommen
- Niedriger Bildungsstand

Lebenssituation:

- Häufige Umzüge
- Beziehungsstörung/Partnerkonflikte/Gewalt
- Sozial isoliert, wenig Unterstützung

Persönliche Voraussetzung von Mutter/Vater für die Bewältigung von Fürsorgeaufgaben:

- Geringer mütterlicher IQ
- Mutter sehr jung
- Mutter hat selbst Gefährdung erfahren
- Mutter/Vater in Fremdbetreuung
- Geringes Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit

Psychische Gesundheit:

- Mutter/Vater psychisch auffällig
- Mutter/Vater depressive Anzeichen
- Mutter/Vater emotional instabil
- Mutter/Vater impulsiv aggressiv

Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber Schwangerschaft und Kind:

- Unzureichende Vorsorge
- Ungewolltes Kind / negativ gegenüber dem Kind
- Negative Attributionen und unrealistische Erwartungen

Erhöhte Fürsorgeanforderungen durch Kind und Geschwister:

- Geringes Geburtsgewicht
- Schwieriges Kind
- Mehrere kleine Kinder zu versorgen

Beobachtetes Fürsorgeverhalten Mutter/Vater:

- Problematisches Fürsorgeverhalten

Grundlegend muss davon ausgegangen werden, dass es keine Ursachenfaktoren gibt, von denen gesagt werden kann, dass sie bei spezifischen Kindesmisshandlungen im Vergleich zu anderen Misshandlungsformen eine wirklich herausragende, eindeutig überwertige Bedeutung aufweisen. Insgesamt ist es wichtig, im Einzelfall eine differenzierte Abklärung aller Risiko- und Schutzfaktoren vorzunehmen und darauf aufbauend gezielte Hilfemaßnahmen zu planen (Zimmermann, 2010) (9).

Unter präventiven Gesichtspunkten ist das Erkennen, aber auch das Wissen um die Relativität von Risikofaktoren von großer Bedeutung. Wenn die Ärztin bzw. der Arzt sich dieser Gefahr bewusst ist, kann das Wissen über Risikofaktoren als wertvolles Werkzeug sowohl in der Prävention als auch in der Früherkennung von Gewalt gegen Kinder eingesetzt werden.

Literatur zu 1.2

- (1) Laucht M, Esser G, Schmidt MH (1998): Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung – Empirische Befunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26: 6–20.
- (2) Lenz, A. (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Hogrefe, Göttingen, S. 7-8.
- (3) Bengel, J. et al. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35, BZgA, Köln; [Link](#)

- (4) Bolten, M., Möhler, E. V. Gontard, A.: Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter, Hogrefe Verlag, 1. Auflage 2013.
- (5) Bettage, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung, Operationalisierung. Dissertation an der Fakultät VII – Wirtschaft und Management/Institut für Gesundheitswissenschaften der technischen Universität Berlin
- (6) Bender, D., & Lösel, F. (2000): Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In Deegener, G. & Körner, W. (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch (S. 317-346). Göttingen, Hogrefe.
- (7) Deegener, G., Spangler, G. Körner, W., Becker, N. (2009): Eltern-Belastungsscreening zur Kindeswohlgefährdung; Hogrefe. Göttingen
- (8) Kindler H. (2009): Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfe aussehen? In T. Meysen. L. Schönecker & H. Kindler (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe, (S. 173-226), Weilheim.
- (9) Zimmermann, P., Neumann, A., Çelik, F. (2010): Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien. Deutsches Jugendinstitut, München

1.3 Formen von Gewalt und Häufigkeiten

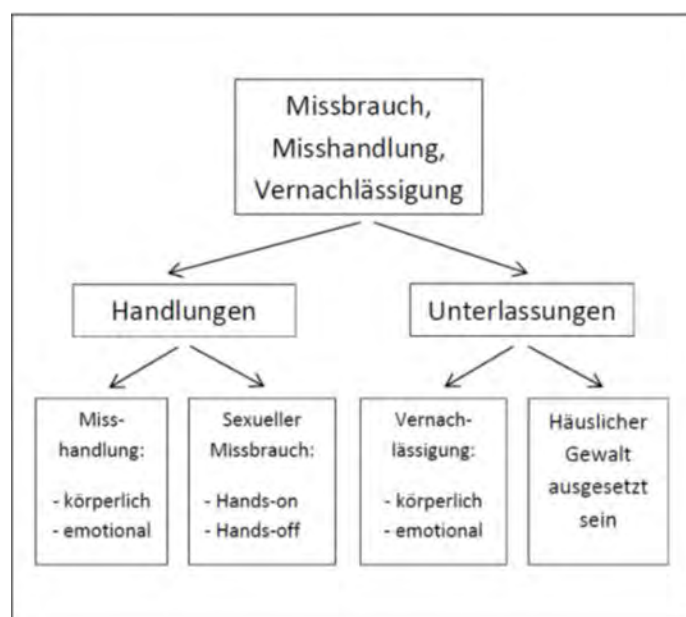


Abb. 4: Gewalt durch Handlungen und/oder Unterlassungen

1.3.1 Körperliche Misshandlung

Nach Kindler (2006) (1) sind darunter alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen zu verstehen, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen.

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

Stichproben zur Häufigkeit elterlicher körperlicher Bestrafungen zwischen 1992 und 2008 zeigen, dass in den letzten Jahrzehnten von einer deutlichen Abnahme ausgegangen werden kann, wobei der Rückgang ganz überwiegend die leichte und schwere Züchtigung betraf. Bei der körperlichen Misshandlung traten kaum Veränderungen auf.

Körperliche Misshandlung in leichter bzw. seltene Form kam in 5-10 % vor, häufige bzw. schwere Misshandlung in 5 % (Deegener, 2009) (2).

Häuser et al. (2011) (3) fanden bei einer Umfrage an einer deutschen Stichprobe (größer/gleich 14 Jahre) folgende Häufigkeiten für den Zeitraum der Kindheit und Jugend. Bei 6,5 % der Befragten wurde geringe bis mäßige körperliche Gewalt ausgeübt, bei 2,8 % der Befragten mäßige bis schwere und bei 2,7 % schwere bis extrem schwere körperliche Gewalt.

Eine repräsentative Forsa-Umfrage von Eltern mit mindestens einem Kind bis 14 Jahre zur Häufigkeit körperlicher Bestrafungen bestätigte den Rückgang elterlicher körperlicher Erziehungsgewalt (Forsa 2011) (4).

Stärkere Aufmerksamkeit muss auch Misshandlung als mögliche Ursache von Behinderung erfahren, wie eine repräsentative Studie zur Gewaltbelastung von Frauen mit Behinderung verdeutlicht. Bei körperlicher Misshandlung hängt es von der Härte und Intensität der Gewalt und von der Entwicklung des kindlichen Organismus ab, wie weitreichend die Schädigung des Kindes ist. So können die Auswirkungen eines Schütteltraumas für einen Säugling lebensbedrohliche Folgen haben oder zu Langzeitfolgen mit körperlicher oder geistiger Behinderung führen (Herrmann et al. 2010) (5). Auch bei Schlägen auf den Kopf, die zu Hirnverletzungen führen, können die Auswirkungen erst sehr viele Jahre später sichtbar werden (durch Retardierung und Epilepsie). Die Ursache für Frühgeburtlichkeit und/oder Behinderung kann auch in elterlicher Partnerschaftsgewalt in der Schwangerschaft begründet sein.

Literatur zu 1.3.1

- (1) Kindler, H. (2006): Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen T. & A. Werner (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst, Kapitel 5. München, Deutsches Jugendinstitut.
- (2) Deegener, G., Spangler, G., Körner, W., Becker, N. (2009): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag; S. 46
- (3) Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., E & Glaesmer, H. (2011): Misshandlung in Kindheit und Jugend. Deutsches Ärzteblatt, 108 (5) 231-238; [Link](#)
- (4) Forsa (2011): Gewalt in der Erziehung; [Link](#)
- (5) Herrmann, B., Dettmayer, R., Banaschak, S., Thyen, U., (2010): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2. überarb. Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York

1.3.2 Seelische Gewalt

Seelische oder psychische Gewalt ist die ausgeprägte Beeinträchtigung und Schädigung der Entwicklung von Kindern aufgrund z.B. von Ablehnung, Verängstigung, Terrorisierung und Isolierung. Sie beginnt beim dauerhaften alltäglichen Beschimpfen, Verspotten, Erniedrigen, Liebesentzug und reicht über Einsperren, Isolierung von Gleichaltrigen und Sündenbockrolle bis hin zu vielfältigen massiven Bedrohungen einschließlich Todesdrohungen (Deegener, 2005) (1).

Seelische oder psychische Gewalt sind "Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern." (Eggers, 1994) (2).

Ablehnung liegt dann vor, wenn das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Schulleistungsanforderungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird. Für das Kind wird es besonders schwierig, ein stabiles Selbstbewusstsein aufzubauen.

Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinsein, Isolation des Kindes, Drohungen, Anbinden. Vielfach be-

schimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind.

Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann seelische Gewalt sein, Kinder können dadurch in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt und behindert werden. Sie fühlen sich dann oft extrem unsicher, ängstlich, wertlos, hilflos und abhängig.

Mädchen und Jungen werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht: Sie können sich elterlichen Streitereien oft nicht entziehen oder werden in Beziehungskonflikten instrumentalisiert. Diese Phänomene treten oft auch nach Trennung oder Scheidung auf, häufig in Zusammenhang mit Fragen des Sorge- oder Umgangsrechts des Kindes. Dies bedeutet für viele Kinder einen starken Loyalitätskonflikt, den Eltern zur Durchsetzung ihrer Sicht und Eigeninteressen bewusst in Kauf nehmen. Abzugrenzen sind davon Misshandlungen. Von strittigen und hochstrittigen Partnerbeziehungen abzugrenzen ist die Ausübung von Gewalt und Misshandlung in der elterlichen Partnerschaft.

Häuser et al. (2011) (3) gaben an, dass 84,8 % keine/minimale emotionale Misshandlung erfahren haben, 10,3 % geringe/mäßige, 3 % mäßige bis schwere und 1,6 % schwere bis extreme.

Stadler et al. (2012) (4) fanden in ihrer Untersuchung folgende Häufigkeiten: bei Jungen fanden sich bei 9,6 % der Betroffenen geringer/mäßiger, bei 2,7 % mäßiger bis schwerer und bei 2,6 % schwerer bis extremer emotionaler Missbrauch. Bei Mädchen lagen die entsprechenden Häufigkeiten bei 10,8 %, 4,0 % und 4,9 %.

Eine neue Form von psychischer Gewalt stellt die Gewalt in und über die neuen Medien dar (Grimm et al; 2011) (5). "Befunde zeigen, dass insbesondere echte, extreme und brutale Gewalt bei Kindern und Jugendlichen starke emotionale Reaktionen (z. B. Ekel, Schock, Alpträume) auslöst und damit zumindest kurzfristig ihr Wohlergehen beeinträchtigen kann. Bestimmte mediale Gewaltdarstellungen können zudem im Einzelfall auch gewaltsteigernde Wirkung haben." (Zitat aus Bayer. Leitfaden) (6).

Gewalt in den Medien kann für Kinder und Jugendliche insbesondere dann gravierende emotionale, psychische und soziale Folgen haben, wenn sie selbst Opfer von verbreiteten Gewaltszenen sind.

Insbesondere beim sog. Happy Slapping gehen dabei Gewalt in den Medien (z. B. Prügelvideos) und Gewalt via Medien (durch Weiterverbreitung der Videos wird das Opfer der realen Gewalt sichtbar, kann als Opfer stigmatisiert werden und wird dadurch weiter geschädigt) ineinander über (Bayer. Leitfaden) (6).

Beim Happy Slapping werden bekannte oder unbekannte Personen angegriffen, geschlagen und/oder gedemütigt. Dies wird gleichzeitig mit dem Handy gefilmt und anschließend ins Internet gestellt. Der Begriff des "Happy Slapping ist auf zynische Weise verharmlosend" und "suggeriert, dass es sich bei den gefilmten Gewalttaten aus Sicht des Täters lediglich um lustige Scherze handelt". In Wirklichkeit handelt es sich um erhebliche Straftaten (z. B. einfache oder gefährliche Körperverletzung, Nötigung, Freiheitsberaubung oder Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung) (DJI 2007/2008) (7).

Beim Cyber-Mobbing bzw. Cyber-Bullying erfolgen Beleidigungen, Belästigungen, Mobbing und Diffamierungen über die neuen Medien, z. B. über Internet, E-Mails, Soziale Netzwerke, Chats oder bloßstellende Videos auf Portalen. Die scheinbare Anonymität des Netzes senkt die Hemmschwelle für Täter. Cyber-Mobbing geht in der Regel von Personen aus dem Umfeld der Opfer aus (z. B. Schule, Wohnviertel, ethnische Community).

Schülerinnen und Schülern gaben in einer 2013 von Schneider et al. (8) bei Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrern durchgeführten empirischen Studie Folgendes an:

- 17 % waren nach eigenem Bekunden bereits Opfer von Cyber-Mobbing-Attacken
- 19 % bekennen sich dazu, bereits Täter von Cyber-Mobbing-Attacken gewesen zu sein
- Mehr als ein Drittel der Täter war selbst schon einmal Opfer von Cyber-Mobbing
- Soziale Netzwerke sind der zentrale Tatort für Cyber-Mobbing
- Als Medien werden immer häufiger Handys und Smartphones genutzt
- Beschimpfungen und Beleidigungen, gefolgt von Gerüchten und Verleumdungen sind die häufigsten Formen von Cyber-Mobbing
- Ein Fünftel der Cyber-Mobbingopfer fühlt sich dauerhaft belastet
- Freunde und Eltern werden als wichtigste und wünschenswerteste Hilfe bei Cyber-Mobbing Attacken genannt. 50 % der Mobbingopfer wünscht sich mehr Unterstützung der Schulen in Form z.B. von Anti-Mobbing-Trainings, Unterstützungsteams, Schüler-Scouts und mehr Unterstützung durch die Lehrer.

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

Literatur zu 1.3.2

- (1) Deegener, G., Körner, W. (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag; S. 38
- (2) Eggers, C. (1994): Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt, 25, 748-755
- (3) Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., E & Glaesmer, H. (2011): Misshandlung in Kindheit und Jugend. Deutsches Ärzteblatt, 5, 233; [\(Link\)](#)
- (4) Stadler, L. (2012): Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit: Epidemiologie, Risikofaktoren und Reviktimisierung im Erwachsenenalter. Praxis der Rechtspsychologie, 22 (2), 419-446
- (5) Grimm, P., Badura, H.: Medien-Ethik-Gewalt, neue Perspektiven. Schriftenreihe Medienethik, Band 10, S. 16, Steiner Verlag, Stuttgart 2011
- (6) Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2012): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Erkennen und Handeln – Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte: 23-24; [\(Link\)](#)
- (7) Deutsches Jugendinstitut. Thema 2007/2008: Tatort Internet-sexuelle Gewalt in den neuen Medien; [\(Link\)](#)
- (8) Schneider, C., Katzer, C., Leest U. (2013): Cyberlife – Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr; Cyber-Mobbing bei Schülerinnen und Schülern, Karlsruhe; [\(Link\)](#)

1.3.3 Vernachlässigung

Nach Schone et al. (1997) (1) ist Vernachlässigung die andauernde und wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre.

Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann bewusst oder unbewusst aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die langfristigen Auswirkungen werden durch folgende Definition verdeutlicht: "Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen." (Schone 1997) (1).

Tab. 8: Formen von Vernachlässigung

Körperliche Vernachlässigung	z.B. unzureichende Pflege und Kleidung, mangelnde Ernährung und gesundheitliche Fürsorge, mangelnde Hygiene
Kognitive Vernachlässigung	z.B. nicht hinreichende Anregung und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten, mangelndes Engagement für die schulische Entwicklung
Emotionale Vernachlässigung	z.B. Mangel an Zuwendung und Wärme in der Beziehung zum Kind, häufig wechselnde Bezugspersonen
Unzureichende Beaufsichtigung/erzieherische Vernachlässigung	z.B. mangelnder Schutz vor Gefahren, zu wenig Beachtung von kindlichem Fehlverhalten, Gleichgültigkeit/Nichtwissen gegenüber Abwesenheit/Umgang des Kindes, Kind längere Zeit allein lassen, Internetsucht der Eltern

Die Grenzen zwischen den o. g. Formen der Kindesmisshandlung auf der einen und der Vernachlässigung auf der anderen Seite sind fließend und zudem sind Kinder häufig mehrfach belastet (s. Kapitel 1.1).

Ein Verständnis von Vernachlässigung und ihrer Auswirkungen kann nur auf der Grundlage eines guten Informationsstandes über altersabhängige Bedürfnisse bzw. Entwicklungsaufgaben von Kindern gewonnen werden. Von Bedeutung ist ebenfalls das Wissen um aussagekräftige Anhaltspunkte für bedeutsame Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen sowie wissenschaftlich gesicherte Grundkenntnisse über Bedeutung und unterschiedliche Strategien elterlicher Fürsorge (Kindler, 2006) (2).

Epidemiologie: Häuser et al. (2011) (3) fanden bei ihrer Umfrage folgende Häufigkeiten für emotionale und körperliche Vernachlässigung:

Tab. 9: Häufigkeiten für emotionale und körperliche Vernachlässigung

Schweregrade	Vernachlässigung	
	emotional	körperlich
kein/minimal	50,3 %	51,4 %
gering/mäßig	35,5 %	19,6 %
mäßig/schwer	7,3 %	18,0 %
schwer/extrem	6,5 %	10,8 %
fehlende Werte	0,4 %	0,2 %

Stadler et al. (2012) (4) fanden in ihrer Untersuchung folgende Häufigkeiten:

Tab. 10: Häufigkeiten für emotionale und körperliche Vernachlässigung

Schweregrade	Vernachlässigung			
	Jungen		Mädchen	
	emotional	körperlich	emotional	körperlich
gering/mäßig	34,1 %	11,5 %	26,4 %	11,2 %
mäßig/schwer	7,4 %	5,5 %	7,3 %	6,0 %
schwer/extrem	5,5 %	2,9 %	6,6 %	3,3 %

In der Statistik der Jugendämter 2012 (5) ist Vernachlässigung bei den Verfahren nach § 8a SGB VIII (Gefährdungseinschätzung) die häufigste Form der Misshandlung (s. Kapitel 1.1).

Literatur zu 1.3.3

- (1) Schone, R. Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., M.& M. Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum

- (2) Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Deutsches Jugendinstitut, München 2006; [\(Link\)](#)
- (3) Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H.: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. Dtsch Arztebl Int 2011; 108 (17): 287–94
- (4) Stadler, L., (2012). Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit: Epidemiologie, Risikofaktoren und Reviktimisierung im Erwachsenenalter. Praxis der Rechtspsychologie, 22 (2), 419-446
- (5) Statistisches Bundesamt (2013). Statistiken der Kinder und Jugendhilfe; Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII (2012). Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nach § 8a Absatz 1 SGB VIII im Jahr 2012 nach Ländern und dem Ergebnis der Verfahren. [\(Link\)](#)

1.3.4 Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt umfasst jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes/Jugendlichen vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund seiner körperlichen, emotionalen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann bzw. bei der es deswegen auch nicht in der Lage ist, sich hinreichend wehren oder verweigern zu können.

Die Erwachsenen oder Jugendlichen nutzen ihre Macht als Ältere oder ihre Autorität innerhalb eines spezifischen Abhängigkeitsverhältnisses (als Vater, Lehrer, Fußballtrainer o. ä.) aus, um ihre Interessen durchzusetzen. Sie erreichen dies, indem sie emotionalen Druck ausüben, die Loyalität eines Kindes ausnutzen, durch Bestechung mit Geschenken, Versprechungen oder Erpressungen, aber auch mit dem Einsatz körperlicher Gewalt. Stets verpflichten oder erpressen missbrauchende Erwachsene die Kinder zum Schweigen über den Missbrauch. Dies verurteilt das Kind zur Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit, Hilflosigkeit und Verunsicherung.

Vor allem Jungen glauben, dass sie sich wehren können müssen und empfinden Übergriffe als eigenes Versagen. Für sie ist der Missbrauch zusätzlich mit dem Stigma der Homosexualität behaftet. Viele Mädchen und Jungen verschweigen Missbrauchserfahrungen durch Familienmitglieder, weil ihnen gedroht worden ist oder weil sie von sich aus spüren, dass sie durch Reden die Existenz und den Zusammenhalt der Familie aufs Spiel setzen.

Folgen können z. B. sein, dass nichtmissbrauchende Elternteile ihre Kinder nicht schützen können und die Kinder nicht über den Missbrauch reden können, weil sie sich selbst schuldig fühlen. Daher ist bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch immer besonders umsichtiges Vorgehen und Beratung der Ärztinnen und Ärzte durch erfahrene Beratungsstellen sowie die Kooperation mit den Jugendämtern erforderlich.

Formen sexueller Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, die Aufforderung, den Täter anzufassen, Zungenküsse, Penetration mit Fingern oder Gegenständen sowie oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr. Auch Grenzüberschreitungen und Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, sexualisierte Sprache (verbale "Anmache"), Darbietung, Herstellung und Verbreitung von Kinderpornographie sowie sexuelle Übergriffe in den neuen Medien sind sexuelle Gewaltakte.

Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen wird in den meisten Fällen von Personen aus der Familie oder dem sozialen Nahbereich der Mädchen und Jungen, auch in Schule, Sportverein und Institutionen ausgeübt und nur zu 6 % bis 10 % von Unbekannten. Mädchen und Jungen aller Altersstufen sind Opfer sexueller Ausbeutung und zwar von den ersten Lebensmonaten an. Sexuelle Ausbeutungen durch Nahestehende sind in der Regel keine Einzeltaten, sondern wiederholen und steigern sich mit der Zeit.

Während bei der körperlichen Misshandlung und bei der Vernachlässigung persönlichkeitsbedingte, familiäre und strukturbedingte Merkmale zusammenwirken, werden bei sexueller Gewalt in viel stärkerem Maße persönliche und familiäre Belastungsfaktoren angenommen.

Diese sind u. a. eigene Missbrauchserfahrung in der Kindheit mit Weitergabe der eigenen Demütigungserfahrungen, aber auch Persönlichkeitsmerkmale wie Gefühle von Angst, Furcht, Machtlosigkeit, Wut, Unfähigkeit und geringem Selbstwert gegenüber Gleichaltrigen, keine oder sehr wenige Freundschaften während der Adoleszenz sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch. An weiteren Persönlichkeitsmerkmalen zeigen sich u. U. das ständige Beschäftigtsein mit sexuellen Themen, Verleugnung, Konfusion oder Schuldgefühle der eigenen Sexualität gegenüber sowie gesellschaftlich empfundener Druck, "männlich" aggressiv (im Sinne einer "Macho"-Attitüde) oder gewalttätig zu sein. Auch können Ehe- und Beziehungsprobleme vorliegen. Sexueller Missbrauch zeigt in besonderem Maße die ungleiche Machtverteilung zwischen Opfer und Täter auf.

Epidemiologie: Im Gegensatz zur körperlichen Kindesmisshandlung, bei der Männer und Frauen Täter sind, wird sexuelle Gewalt überwiegend von Männern und männlichen Jugendlichen gegenüber Mädchen ausgeübt. Jedoch ist auch bei männlichen Säuglingen bzw. Knaben an sexuellen Missbrauch zu denken, und auch der sexuelle Missbrauch durch Frauen sollte bei einem Verdacht in Betracht gezogen werden.

Zusammenfassende Studien seit den 80er Jahren gehen von einer geschlechtsspezifischen Betroffenheit aus: 10 % bis 15 % der Frauen und ca. 5 % bis 10 % der Männer haben bis zum Alter von 14 oder 16 Jahren mindestens einmal einen unerwünschten sexuellen Körperkontakt erlebt, der entweder durch die moralische Übermacht einer deutlich älteren Person oder durch Gewalt durchgesetzt wurde (Ernst, 2005) (1).

Neuere Befragungen deuten auf einen Rückgang der Häufigkeiten hin: Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (Bieneck et al., 2011) (2) befragte repräsentativ Erwachsene (16-40 Jahre) zu sexuellen Missbrauchserlebnissen mit einer mindestens fünf Jahre älteren Person. Die Gesamtquote sexuellen Missbrauchs mit Körperkontakt lag bei den weiblichen Befragten bei 6,4 % und bei den männlichen bei 1,3 %, die Quoten beim Exhibitionismus bei 5,4 % bzw. bei 1,4 %.

Allerdings sind die Häufigkeiten abhängig von den unterschiedlichen Stichprobenerhebungen und Methoden. Bei Frauen mit Beeinträchtigungen/Behinderungen werden sexueller Missbrauch durch Erwachsene sowie durch andere Kinder und Jugendliche mit 25 - 50 % angegeben (Schröttle et al., 2012) (3). Bestimmte Fehleinschätzungen in Bezug auf sexuelle Gewalt und geistige Behinderung können auch Fachleute daran hindern, Hinweise auf Gewalterfahrungen bei diesen Kindern und Jugendlichen zu erkennen. So hält sich bis heute hartnäckig die Vorstellung, Kinder mit einer geistigen Behinderung seien zu wenig attraktiv, um Opfer sexueller Misshandlung zu werden. Signale und Symptome, die sie zeigen, werden ihrer Behinderung zugeschrieben, auch wenn das Verhalten vom üblichen Verhalten des Kindes abweicht.

Auch neue Formen von sexuellem Missbrauch müssen Beachtung finden: So ergab eine Befragung (Averdijk et al.) (4) von 6.749 Schülerinnen zwischen 15 und 17 Jahren zu sexuellen Opfererfahrungen im Jahr 2012, dass die Cyberviktimsierung mit 18,2 % eine große Rolle spielt ("Wurdest Du jemals beim Chatten oder einer anderen Form der Internetkommunikation sexuell belästigt oder angemacht?").

Literatur zu 1.3.4

- (1) Ernst, C., (2005): Zu den Problemen der epidemiologischen Forschung des sexuellen Missbrauchs. In Amman, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick über Forschung, Beratung und Therapie: 55-71. Tübingen: DTVG
- (2) Bieneck, S., Stadler, L., I. & Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung sexueller Missbrauch; [Link](#)
- (3) Schröttle, M., Hornberg, C., Glammeyer, S., Kavemann, B., Puhe, H., H. & Zinsmeister, J. (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- (4) Averdijk, M., Müller-Johnson, K., K. & Eisner, M. (2012): Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation November 2011; [Link](#)

1.3.5 Elterliche Partnerschaftsgewalt

Die Bedrohung oder Verletzung einer engen Bezugsperson stellt für Kinder eine große Belastung, Verunsicherung und Überforderung in der Akutsituation dar. Die Kinder schildern ausgeprägte Gefühle von Angst, Mitleid, Hilflosigkeit und Erstarrung. Viele greifen in das Geschehen ein, versuchen, die Mutter zu schützen. Oftmals fühlen sie sich auch schuldig, weil sie nicht eingegriffen haben oder weil sie glauben, Anlass bzw. "Grund" für die Gewalt zu sein (Kindler, 2013) (1).

Über das unmittelbare Gewalterleben hinaus beeinträchtigt das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt die Kinder auch in ihrer weiteren kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung. Die kindlichen Schädigungen sind dabei vom Umfang her durchschnittlich etwa gleich stark wie beim Aufwachsen mit einem oder zwei alkoholkranken Elternteilen. Ca. die Hälfte der betroffenen Kinder bedarf der kinderpsychologischen bzw. kinderpsychiatrischen Behandlung. Die Mehrheit leidet unter Angststörungen beziehungsweise Depressionen oder zeigt ausgeprägt unruhiges beziehungsweise aggressives Verhalten (Kindler, 2013) (2).

Tab. 11: Beteiligung der Kinder am Gewaltgeschehen

Kinder ⁽¹⁾	
haben die Situation angehört	57 %
haben die Situation gesehen	50 %
gerieten in die Auseinandersetzung mit hinein	21 %
haben versucht, mich zu verteidigen oder zu schützen	25 %
haben versucht, meinen Partner zu verteidigen	2 %
wurden selber körperlich angegriffen	10 %
haben nichts mitbekommen	23 %
weiß nicht	11 %

⁽¹⁾ Mehrfachnennung möglich

Folgen sind Rückstände in der kognitiven und sozialen Entwicklung. Elterliche Partnerschaftsgewalt erschwert das Erlernen von Beziehungsfähigkeit und Gleichaltrigenbeziehungen im Kindes- und Jugendalter und führt zu einer Verdreifachung der Gewalttrate in späteren Partnerschaften (Kindler, 2013) (3).

Auch Einschränkungen der psychischen Gesundheit in Form traumatischer Belastungsstörungen treten überdurchschnittlich häufig auf. So zeigen 50 % der Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren Traumatisierungsanzeichen und Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren sogar zu 90 % (Kindler, 2010) (4). Auch bei Neugeborenen und Säuglingen kann die fetale Gehirnentwicklung beeinflusst werden durch mütterlichen Stress bzw. Traumatisierung der Mutter während der Schwangerschaft (Heynen et al., 2013) (5). Wenn ein Kind durch Vergewaltigung gezeugt wurde, kann dies die Mutter-Kind-Beziehung schwer belasten (Greuel, 2009) (6).

Grundsätzlich gilt, dass die Kinder sich nicht an die Gewalt "gewöhnen", sondern im Gegenteil eine Sensitivierung eintritt, so dass das fortgesetzte Miterleben von Mal zu Mal schwerere Schädigungen bewirkt.

Im Einzelfall können auch Kindestötungen die Folge sein. Diese werden nicht selten vom Kindsvater im Sinne einer Alternativtötung (Heynen, 2013) (7) an Stelle der Tötung der Partnerin begangen, um sich an ihr für vermeintlich begangenes Unrecht bzw. die Trennung zu rächen ("Medea-Syndrom"). Eine weitere Fallkonstellation ist die Tötung des Kindes im Rahmen eines sogenannten erweiterten Suizids oder im Zuge der Tötung der Mutter.

Elterliche Partnerschaftsgewalt muss aufgrund der umfassenden schädigenden Wirkung als Indikator potentieller Kindeswohlgefährdung im Sinne des Kinderschutzes (§ 4 KKG, § 8a SGB III, § 1666 BGB) gewertet werden. Sie begründet regelmäßig Hilfebedarf seitens der Jugendhilfe - auch unterhalb der Schwelle der Kindeswohlgefährdung (Ministerium der Justiz des Saarlandes, 2011) (8).

Als Risikofaktoren für elterliche Partnerschaftsgewalt sind gesellschaftliche und individuelle Faktoren zunehmend gesichert: Die geschlechtsspezifische Ungleichverteilung von Macht und Ressourcen in der Gesellschaft sowie traditionelle Geschlechterrollen bzw. überlegenheitsbezogene Männlichkeitsbilder mit Dominanz- und überlegenheitsbezogenem, rigidem und Weiblichkeit ablehnendem Charakter befördern elterliche Partnerschaftsgewalt. Ebenso spielen prägende Erlebnisse in der Kindheit in Form eines negativen Modells elterlicher Fürsorge in der Herkunftsfamilie in Form von Misshandlung, Vernachlässigung oder elterlicher Partnerschaftsgewalt eine große Rolle (Kindler, 2013) (9).

Neben Trennung und Scheidung, die in erheblichem Maße das Risiko erstmaliger oder gravierender Gewaltausübung steigern, müssen Schwangerschaft und Geburt als situative Risikofaktoren gelten. So wird Gewalt gegen die Partnerin in 10 % der Fälle erstmalig während der Schwangerschaft und in weiteren 20 % im Kontext der Geburt ausgeübt (Schröttle et al., 2004) (10).

Auch Alkoholkonsum befördert die Ausübung von Partnerschaftsgewalt (Schröttle et al., 2008) (11).

Partnerschaftsgewalt ist in der Mehrheit der Fälle kein einmaliges Ereignis, sondern eskaliert und nimmt mit der Zeit an Intensität und Schweregraden zu. Hinsichtlich der Eskalation der Gewalt und der Ausübung schwerer Gewalt mit einem großen Verletzungspotential, unter Umständen auch die Tötung eines Elternteils und/oder der Kinder, hat die Forschung die folgenden "High-Risk-Indikatoren" ausfindig gemacht (Campbell et al., 2003) (12):

Art und Intensität der aktuellen oder zuletzt ausgeübten Gewalthandlungen:

- Würgen, Vergewaltigung, Einsatz von Stich- oder Schusswaffen
- Besitz bzw. Zugang zu Waffen oder Kenntnis von Kampfsporttechniken
- Steigerung von Intensität und Häufigkeit der Gewalt
- Gewalttätigkeit auch im Beisein von Dritten
- Hinwegsetzen über Schutzanordnungen
- Gewaltanwendung gegenüber Dritten
- Alkohol- und Drogenkonsum
- ausgeprägtes Besitzdenken: kontrollierendes Verhalten und starke Eifersucht ("Wenn ich Dich nicht haben kann, dann auch kein anderer!")
- Todes-, auch Suiziddrohungen.

Je mehr dieser Faktoren festgestellt werden können, desto akuter und größer muss die Gefahr eingeschätzt werden - im Sinne einer massiven Verletzung bis hin zur Tötung der Mutter, nicht selten auch oder sogar statt ihrer der Tötung des Kindes (Medea-Syndrom) (Heynen, 2013) (7).

Andererseits bedeutet das Vorliegen nur weniger Faktoren nicht zwangsläufig eine geringe Gefährdungslage. Entscheidend ist neben der Anzahl der vorliegenden High-Risk-Faktoren auch deren Kombination. Beispielsweise sollte eine Morddrohung durch extrem eifersüchtige Partnerinnen/Partner in der Trennungsphase absolut ernst genommen werden, auch wenn keine weiteren Risikofaktoren zu erkennen sind. Auch eine nicht vorhandene Gewaltvorgeschichte kann nicht der Entwarnung dienen. Neue Forschungsergebnisse belegen, dass in einer Vielzahl von Fällen die Tötungshandlung die erste Gewalttat ist (Greuel, 2009) (6).

Epidemiologie: In Deutschland erfährt jede vierte Frau körperliche Gewalt durch ihren Partner. Mehr als die Hälfte dieser Frauen lebt mit Kindern zusammen (Schröttle et al., 2004) (10). Nach Angaben der betroffenen Mütter, sehen oder hören die Kinder in den meisten Fällen die Gewaltausübungen oder werden mit hineingezogen und erfahren selbst Gewalt.

Literatur zu 1.3.5

- (1) Kindler, H.: Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung. Ein aktualisierter Forschungsüberblick. In Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt; 3. Aufl. 2013;
- (2) Kindler a.a.O.
- (3) Kindler a.a.O.
- (4) Kindler, H.: Kindliche Beeinträchtigungen durch miterlebte Partnerschaftsgewalt. Präsentation anlässlich der Tagung "Kindliche Traumatisierung und Bindung bei häuslicher Gewalt" der Deutschen Richterakademie 2010; [\(Link\)](#)
- (5) Heynen, S.: Zeugung durch Vergewaltigung - Folgen für Mütter und Kinder. In Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 3. Auflage, Wiesbaden 2013
- (6) Greuel, L.: Forschungsprojekt "Gewalteskalation in Paarbeziehungen" des Instituts für Polizei und Sicherheitsforschung (IPoS), 2009 im Auftrag des LKA Nordrhein-Westfalen. [\(Link\)](#)
- (7) Heynen, S.: Das tabuisierte Risiko: Tötungsdelikte im Kontext häuslicher Gewalt. In Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt; 3. Aufl. 2013
- (8) Ministerium der Justiz des Saarlandes (Hrsg.): Kinderschutz und Kindeswohl bei elterlicher Partnerschaftsgewalt. Eine Handlungsorientierung für Jugendämter. 5. Auflage 2011; [\(Link\)](#)
- (9) Kindler, H.: Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung. Ein aktualisierter Forschungsüberblick. In Kavemann, B., Kreyssig, U. (Hrsg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt; 3. Aufl. 2013
- (10) Schröttle, M. et al.: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, 2004; [\(Link\)](#)
- (11) Schröttle, M., Ansorge, N. (2008): Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen – eine sekundäranalytische Auswertung zur Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Enddokumentation (Langfassung). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.); [\(Link\)](#)
- (12) Jacquelyn C. Campbell, Ph.D., R.N., Copyright 2003; [\(Link\)](#)

2 Prävention und Intervention

Die politische Diskussion um mehr Kinderschutz hat bundesweit dazu beigetragen, Kinderschutz als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Kinderschutz muss sich als eine Integration von Gesundheitsförderung, frühen und präventiven Hilfen, Systemen zur Förderung elterlicher Kompetenzen, der Früherkennung von gesundheitlichen und psychosozialen Risikokonstellationen sowie angepassten Interventionen verstehen.

Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in den verschiedenen Lebensbereichen können dazu beitragen, Kinder und Jugendliche zu stärken und Resilienz gegenüber ungünstigen Bedingungen zu fördern.

Mit Maßnahmen der primären und sekundären Prävention im medizinischen Bereich sollen Krankheiten früh erkannt und eine Behandlung eingeleitet werden. Durch Systeme der Frühen Hilfen können belastete Schwangere und junge Familien früh erreicht und Hilfen eingeleitet und gleichzeitig die Zusammenarbeit aller Akteure vor Ort, die Kinder betreuen, gefördert werden. Einrichtungsbezogene Prävention kann dazu beitragen, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen und damit einer institutionell bedingten Kindeswohlgefährdung entgegenzuwirken. Individuelle Angebote der Intervention im medizinischen, heilpädagogischen und sozialpädagogischen Bereich sollen bei erkennbaren Problemen die Risiken durch angepasste Behandlungskonzepte minimieren.

2.1 Angebote der Gesundheitsförderung

Tab. 12: Möglichkeiten der Gesundheitsförderung

Individuell	<ul style="list-style-type: none">• Arzt• Hebamme• Maßnahmen im Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland"
im Setting	<ul style="list-style-type: none">• Familie• Kindertageseinrichtung• Schule• Kommune

2.1.1 Vorausschauende Gesundheitsberatung

Bereits zu Beginn der Schwangerschaft werden wichtige Weichen für ein gesundes Aufwachsen des Kindes gestellt. Bei der ersten Schwangerenvorsorgeuntersuchung werden werdende Mütter durch Frauenärztinnen und -ärzte sowie (bei unterschiedlichem Betreuungsbeginn im Laufe der Schwangerschaft) durch Hebammen über die erforderliche Ernährung, Bewegung und das Vermeiden von Suchtmitteln informiert. Mit dem saarlandweiten Programm zur Vermeidung von Tabak- und Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit soll der im Saarland im Bundesvergleich hohen Rate von Frühgeburten und Mangelgeburten vorgebeugt werden.

In Geburtsvorbereitungskursen, aber auch über Angebote in Geburtskliniken und Kinderkliniken können den werdenden Eltern bzw. Eltern Neugeborener wichtige Grundlagen zu Bedürfnissen des Kindes und dessen Gesundheitsförderung vermittelt werden. Dazu gehören u.a. Informationen und Empfehlungen zur Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie zur SIDS-Prophylaxe.

2.1.2 Gesundheitsförderung in der Familie

Die individuelle Gesundheitsförderung ist eine wichtige Aufgabe der betreuenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Bereits beim ersten Kontakt mit der Familie sollte die Förderung der Gesundheit und Entwicklung des Kindes angesprochen werden, denn gerade in der ersten Zeit wollen Eltern das Beste für ihr Kind. Die Inhalte, die an die Eltern vermittelt werden sollen, müssen klar, einfach und nachvollziehbar sein.

Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelte Begleitheft zu den Kindervorsorgeuntersuchungen (1) ist z.B. hierzu gut geeignet. Zu jeder Untersuchung gehört eine spezifische Broschüre, die die wichtigsten altersbezogenen Präventionsmaßnahmen im Kontext der Entwicklung aufgreift. In der Beratung sollten diese Aspekte von der Ärztin bzw. Arzt oder der Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter angesprochen und auf die Informationen hingewiesen werden.

Gesundheitsförderung darf Eltern nicht überfordern. Wichtig ist, Eltern auch zu entlasten und ihnen Hilfe anzubieten, wenn es Schwierigkeiten gibt, ihnen aber auch Mut zu machen, nicht aufzugeben. Auch hier sind soziale und ökonomische Faktoren oft limitierend. Ziel sollte es sein, die Eltern in ihrer Situation abzuholen und mit ihnen und ggf. weiteren Unterstützern Möglichkeiten zu finden, die Gesundheit zu fördern. Dazu gehört auch, differenzierte Angebote der Intervention und Therapie wahrzunehmen.

Gesunde Ernährung und Bewegungsförderung sind auch mit geringerem finanziellen Spielraum zu realisieren, oft fehlen aber basale Kenntnisse über Einkauf und der Verarbeitung von Nahrungsmitteln. Kochkurse in Familienzentren, Beratungsstellen oder sonstigen gern angenommenen Treffpunkten sind gute Anknüpfungspunkte, Gesundheitsthemen vertieft anzusprechen und verschiedene Maßnahmen auch konkret einzuüben. Hierzu haben Gesundheitsversorgung, Gesundheitsamt und Jugendhilfe in den letzten Jahren vor Ort im Rahmen des Landesprogrammes "Frühe Hilfen im Saarland" gemeinsame Angebote geschaffen, um die Eltern erreichen und motivieren zu können. Beispiele sind lokale Elternsprechstunden, Familienzentren, niedrigschwellige Mutter-Kind-Treffs, PEKIP-Gruppen, Babyschwimmen, Treffpunkte in Kinderkrippen (2). Auch über das Internet sind viele Informationen zum gesunden Aufwachsen verfügbar (3, 4).

Literatur zu 2.1.2

- (1) Informationen der BZGA für Eltern: www.kindergesundheit-info.de/themen
- (2) Frühe Hilfen im Saarland: [\(Link\)](#)
- (3) Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte: www.kinderaerzte-im-netz.de
- (4) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de

2.1.3 Gesundheitsförderung in Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen

Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen eignen sich in besonderer Weise, die Gesundheit von Kindern und indirekt der Familien zu fördern, zumal ein immer größerer Teil von Kindern viele Stunden des Tages über Jahre dort verbringt. Ein gesundheitsorientierter Alltag in der Einrichtung ist dazu Voraussetzung. Bewegungsangebote, gesunde Ernährung, Zähneputzen und Händehygiene, Entwicklungsförderung und Stressbewältigung müssen in der Routine verankert sein. Darüber hinaus sollten die Familien über Elterntreffen (Elternabende, gemeinsame Aktionen) aktiv eingebunden werden in Planungen in und um die Kindertageseinrichtung und damit auch wenig interessierte Eltern zur Gesundheitsförderung motiviert werden. Dabei sollte ein besonderer Stellenwert auf die Einbeziehung der Kinder mit Migrationshintergrund und ihrer Familien gelegt werden. Soll Integration und Inklusion von chronisch kranken und entwicklungsverzögerten Kindern gelingen, sind spezifische Kenntnisse im Umgang mit diesen Kindern von den Erzieherinnen und Erziehern zu erwerben und die entsprechenden Rahmenbedingungen in der Einrichtung zu schaffen. Zu den Anforderungen an Gesundheitsförderung im Rahmen der Betreuung in Kinderkrippen wird auf das entsprechende Papier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie verwiesen

(Horacek et al.) (1). In der Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege vom April 2013 (2) wird Gesundheitsförderung als gemeinsame Aufgabe des Gesundheitsamtes und der Einrichtungen festgeschrieben. Das saarländische Bildungsprogramm für Kindergärten lässt zur Umsetzung gesundheitsfördernder Aspekte ausreichend Raum (3).

Literatur zu 2.1.3

- (1) Horacek, U., Böhm R, Klein R, Thyen U, Wagner F, (2008): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen); [Link](#)
- (2) Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge in Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege (Gesundheitsvorsorge-VO) vom 13. April 2013; [Link](#)
- (3) Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten; [Link](#)

2.1.4 Gesundheitsförderung in Schulen

Die zunehmende institutionelle Betreuung von Kindern setzt sich im Schulalter fort. Dies beginnt mit der betreuten Grundschule und setzt sich in Gemeinschaftsschulen oder im achtjährigen Gymnasium fort. Kinder und Jugendliche sind bis zum Nachmittag in der Schule.

Durch die allgemeine Schulpflicht werden alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig von sozialer Schicht und Herkunft, zum Schulbesuch verpflichtet. Dies bietet die gesellschaftlich einzigartige Chance, Schule auch als Ort der Gesundheitsbildung zu begreifen und durch Verhaltens- und Verhältnisprävention gesellschaftlich erwünschte Weichen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu stellen. Die "gesunde Schule" ist allerdings erst in Ansätzen verwirklicht, obwohl auch die Kultusministerkonferenz - zuletzt 2012 - hier klare Forderungen und Ziele aufgestellt hat (1) und entsprechende Konzepte existieren. Ein gesundheitsfördernder Schulalltag erfordert u.a. altersentsprechende Nahrungs- und Bewegungsangebote, eine den Verpflegungsbedingungen angepasste Pausenregelung, arbeitsökonomische Schulmöbel, hygienische Toilettenanlagen, helle, gut belüftete und schallgedämmte Klassenräume. Die Rahmenbedingungen wie Klassengröße und ausreichende Zahl von Lehrerinnen und Lehrern gehören ebenso dazu wie zeitgemäße Lehrpläne und Lernmaterialien. Gesunde Schule berücksichtigt daher auch die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer. Bei der Heterogenität der Schülerinnen und Schüler und insbesondere bei der angestrebten Inklusion chronisch kranker und behinderter Kinder braucht die Schule zeitnah die notwendigen Rahmenbedingungen, um alle Kinder adäquat zu fördern und stark zu machen und sie nicht in diesem wichtigen Setting zu vernachlässigen.

Literatur zu 2.1.4

- (1) Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012); [Link](#)

2.2 Angebote der primären und sekundären Prävention

Angebote der primären und sekundären Prävention können individueller Art als auch settingbezogen sein. Über den medizinischen/gesundheitsbezogenen Bereich hinaus bietet insbesondere die Jugendhilfe auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) viele Möglichkeiten.

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) wurden in Artikel 1, dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), wichtige Eckpunkte im präventiven Bereich, die auch die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe vorsieht, verpflichtend geregelt. Über die Bundesinitiative "Frühe Hilfen", die beim "Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen" eingerichtet ist, wird die Umsetzung der frühen präventiven Maßnahmen von Bundeseite her finanziell und qualitativ unterstützt.

Tab. 13: Primäre und sekundäre Prävention

Individuell	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen im Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland" • Kinderfrüherkennungsuntersuchungen • Zahnärztliche Individualprophylaxe • Einschulungsuntersuchung • Individuelle Maßnahmen der Jugendhilfe
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote der Netzwerke "Frühe Hilfen" • zahnärztliche Gruppenprophylaxe • einrichtungsbezogene Gewaltprävention • Angebote der Jugendhilfe

2.2.1 Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland"

Unter präventiven Gesichtspunkten ist das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren von großer Bedeutung. Beratung und ggf. Hilfen zu vermitteln, stellt eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung dar. Die Gesundheitsprofessionen haben insbesondere in der Betreuung der Schwangerschaft, der Geburt und frühen Kindheit den engsten Kontakt zu Schwangeren und jungen Familien. Erfahrungsgemäß sind Familien zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes besonders zugänglich für Unterstützung und offen für Veränderungen. Darauf bauen viele verschiedene Angebote der "Frühen Hilfen" im Saarland auf. Darüber hinaus gibt es im Kleinkind-, Vorschul- und Schulalter weitere wichtige Angebote und Ansprechpartner.

Das Landesprogramm "Frühe Hilfen im Saarland" bündelt Maßnahmen des präventiven Kinderschutzes und schließt nahtlos an das von 2007 bis 2012 laufende Modellprojekt "Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz" an (Cierpka et al. 2012) (1). Es beinhaltet verschiedene Bausteine, die zum einen allen Eltern zugute kommen, zum anderen individuelle Hilfen und Unterstützung für belastete Familien anbieten ("Frühe Hilfen im Saarland") (2). Die Maßnahmen werden auf der Ebene der Landkreise bzw. des Regionalverbandes organisiert.

Die Landeskoordinierungsstelle beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie koordiniert die Umsetzung und Weiterentwicklung der verschiedenen Maßnahmen mit den unterschiedlichen Akteuren auf Landesebene und arbeitet mit der Bundeskoordinierungsstelle beim "Nationalen Zentrum Frühe Hilfen" zusammen (3).

Bausteine des Landesprogrammes "Frühe Hilfen"

Um das Wissen der Eltern über die Bedürfnisse von Kindern und in Erziehungsfragen zu stärken, werden flächendeckend Elternkurse "Das Baby verstehen" angeboten. (Cierpka 2005) (4).

In regionalen Netzwerken "Frühe Hilfen" arbeiten Gesundheits- und Jugendhilfe (meist unter Federführung der Jugendhilfe) unter Einbeziehung weiterer Akteure zusammen. Dazu gehören Suchtberatung, Partnerberatung, Erziehungsberatung, Sozialhilfe, interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Kindertagesstätten, Therapeuten, Kinderkliniken und niedergelassene Kinderärzte, Gynäkologen und Geburtshilfekliniken, Schwangerenberatungsstellen, aber auch Familiengerichte und Polizei.

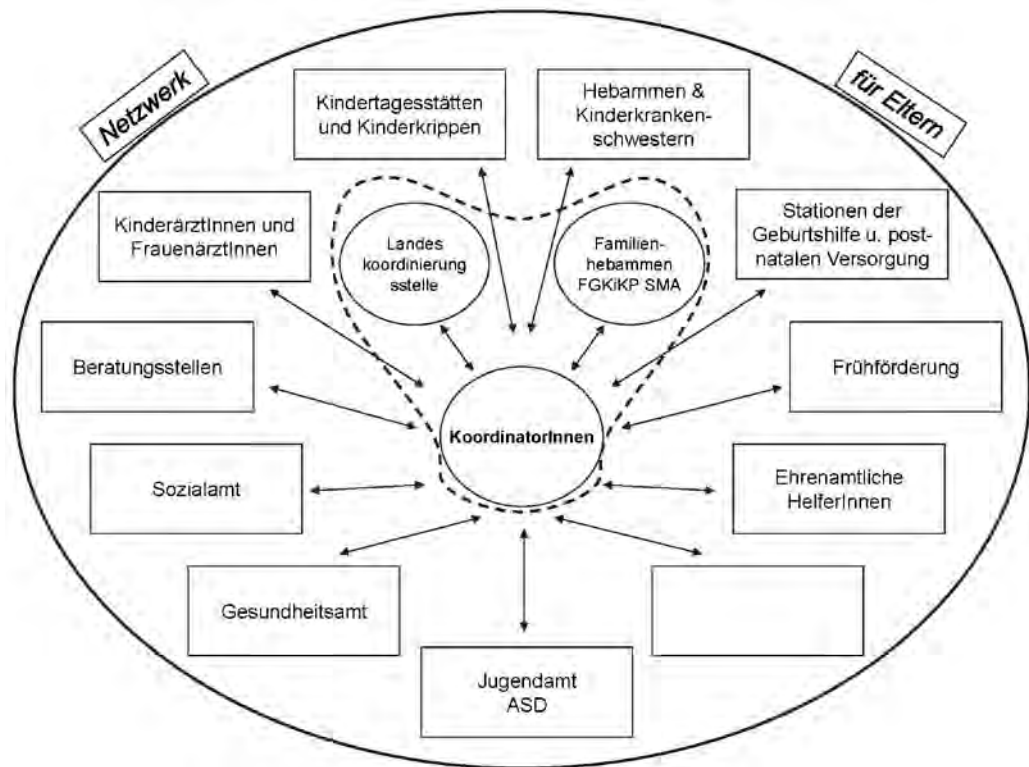


Abb. 5: Netzwerke "Frühe Hilfen im Saarland"

© Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie & Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport; 2011

Um belastete Familien frühzeitig zu erkennen, ist ein wesentliches Element des Programms ein Screening auf psychosoziale Belastung in allen geburtshilflichen Kliniken. Erfragte Elemente im Rahmen des Screenings sind die in Tabelle 14 aufgeführten Bereiche.

Tab. 14: Risikomerkmale hochbelasteter Familien

Belastung der Eltern	• Frühzeitige Familiengründung
	• Geburt als schwere/traumatisierende Erfahrung
	• Postpartale Depression der Mutter
	• Chronische Überforderung der Mutter (Eltern)
	• Beziehungsstörung
	• Schwere/chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils
	• Dissozialität
Belastung des Kindes	• Erhöhte Krankheitsanfälligkeit
	• Behinderung
	• Frühgeburt
Familiäre Belastung	• Fehlende familiäre Unterstützung
	• Einelternfamilie
	• Altersabstand zwischen Kindern < 18 Monate
	• Chronisch krankes/behindertes Geschwisterkind
Soziale Belastung	• Fehlende soziale Unterstützung
	• Dissoziales Umfeld

Das Screeningverfahren gibt den Fachkräften Hinweise auf einen möglichen Unterstützungsbedarf.

In den begleitenden Gesprächen können Eltern bzw. Mütter auf dieser Grundlage beraten werden. Wird eine Unterstützung gewünscht, kann auf die Möglichkeit der weitergehenden Beratung durch die Koordinierungsstellen in allen Kreisen und im Regional-

verband Saarbrücken verwiesen werden oder auch aktiv ein Kontakt zu der jeweiligen Koordinierungsstelle vermittelt werden.

Diese Stellen, besetzt mit einer Kinderärztin/einem Kinderarzt des Gesundheitsamtes und einer Sozialarbeiterin/einem Sozialarbeiter des Jugendamtes, sind Ansprechpartner für Gesundheitsprofessionen, Schwangere und Eltern bei Beratungs- und/oder Unterstützungsbedarf. Sie leiten im Einzelfall die erforderlichen Hilfen ein und/oder vermitteln sie an die entsprechenden Dienste weiter. Sie koordinieren Maßnahmen der Prävention im Einzelfall über die Zeit, in der die Familie betreut wird.

Gleichzeitig binden sie die Professionen der Region ins Netzwerk "Frühe Hilfen" im Saarland mit ein (Schwangerschaftsberatung, Suchtberatung, Partnerberatung, Erziehungsberatung, Sozialhilfe, Jobcenter, interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Jugendhilfe) und regen angepasste und niedrigschwellige Angebote für junge Familien vor Ort an (Kinnerstubb, Baby-Club, Mütter-Cafe usw.). Darüber hinaus nehmen die Koordinatorinnen eine Schnittstellenfunktion zum intervenierenden Kinderschutz ein.

Als konkrete präventive Maßnahme unterstützen Fachkräfte "Frühe Hilfen" (Familienhebammen und/oder Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) und/oder sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten des Gesundheitsamtes (SMA)) im ersten Lebensjahr die Familien nach Bedarf im häuslichen Umfeld und regen dort verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen an. Sie verweisen die Eltern bei Bedarf im Austausch mit den Koordinatorinnen an weiterführende fachliche Hilfen und ermöglichen durch Lotsen- und Vermittlungsmaßnahmen Zugang zu gesundheitsfördernden und unterstützenden Angeboten im Netzwerk "Frühe Hilfen" (5).

Bei Familien mit Kindern jenseits des ersten Lebensjahres wird die aufsuchende Unterstützung und Hilfevermittlung über die Gesundheitsämter bei Bedarf fortgesetzt. Um Familien mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, stehen in diesem Zusammenhang auch Fachkräfte, die selbst einen Migrationshintergrund haben, zur Verfügung.

Durch die in definierten Abständen angebotenen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden Kinder regelmäßig ärztlich untersucht. Dies trägt mit dazu bei, Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen (s. Kapitel 2.2.2).

Das saarländische Gesetz zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung (s. Kapitel 8.7) ermöglicht im Saarland, Familien zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 einzuladen und bei Versäumnis an die Teilnahme schriftlich und durch Hausbesuche durch Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes zu erinnern. Werden Eltern dann nicht erreicht oder nehmen nicht an der Untersuchung teil, versucht das Jugendamt, Kontakt mit der Familie aufzunehmen, um eine Kindeswohlgefährdung auszuschließen.

Schaltstelle für dieses systematische Vorgehen ist das Zentrum für Kindervorsorge an der Kinderklinik des Universitätsklinikums des Saarlandes (6). Die Eltern werden anhand der Meldedaten zu den jeweiligen Untersuchungen eingeladen, Kinder- und Jugendärztinnen sind verpflichtet, die Teilnahme an der Untersuchung an das Zentrum zu melden. Dort erfolgt der Abgleich mit den Meldedaten. Nach Ablauf der regulären Untersuchungsfrist werden dann Erinnerungsschreiben an die Eltern verschickt. Erfolgt dann noch keine Untersuchung, werden fünf Wochen nach Fristablauf die Daten an das Gesundheitsamt und von dort nach weiteren drei Wochen an das Jugendamt weitergegeben.

Dieses systematische Vorgehen hat dazu geführt, dass über 98 % der saarländischen Kinder an all diesen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Damit erhöht sich die Chance für nahezu alle Kinder, Gesundheitsberatung und ggf. zeitnah die notwendige Förderung oder Behandlung einzuleiten. Bei Hinweisen auf ungünstige psychosoziale Bedingungen für das Kind können sowohl niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Jugendämter im Rahmen der nachgehenden Interventionen die Eltern auf die Bera-

tungsangebote und Hilfesysteme im Landkreis oder Regionalverband hinweisen und sie ggf. an die erforderlichen Stellen vermitteln.

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung können aber auch die im Bundeskinderschutz vorgesehenen Maßnahmen ergriffen werden (s. Kapitel 3.3.2).

Literatur zu 2.2.1

- (1) Cierpka, M., Eickhorst, A., Benz, M., Borchardt, S., Doege, D., Engel-Otto, M., Kachler, M., Nahkla, D., Scholtes, K. & Wehmann, J. (2012): Frühe Hilfen- Keiner fällt durchs Netz – ein Projekt zur primären und sekundären Prävention; ([Link](#))
- (2) Frühe Hilfen im Saarland; ([Link](#))
- (3) Nationales Zentrum Frühe Hilfen; ([Link](#))
- (4) Gregor, A. u. Cierpka, M. (2005): Frühe Hilfen für Eltern - Elternschule "Das Baby verstehen". Psychotherapeut 50:144-147
- (5) Weitere Informationen zu Frühen Hilfen unter www.saarland.de/fruehe-hilfen.htm und auf den Internetseiten der Landkreise und des Regionalverbandes (s. 7.1.7)
- (6) Kinderfrüherkennungsuntersuchungen: Zentrum für Kindervorsorge; ([Link](#))

2.2.2 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach § 26 (1) SGB V bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres und nach Vollendung des zehnten Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringem Maße gefährden.

Zehn Untersuchungen einschließlich verschiedener Screeninguntersuchungen sind ab Geburt bis fünfeneinhalb Jahre vorgesehen. Die jeweiligen Untersuchungsinhalte sind in den Kinderrichtlinien (1) vorgegeben und im sog. "Gelben Heft" einzutragen.

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Kinder im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden. Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten.

Für Jugendliche im Alter von 13 und 14 Jahren wird die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 angeboten (2). Neben der Früherkennung von Krankheiten ist durch diese Untersuchung auch beabsichtigt, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu verhindern. Darüber hinaus sind individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist der Jugendliche frühzeitig aufzuklären.

Der Berufsverband der Kinderärzte hat ein Untersuchungsprogramm (Paed.plus) erarbeitet, das nach dem sechsten Lebensjahr drei weitere Untersuchungen (U10, U11 und J2) beinhaltet. Darin sind zusätzlich die Gesundheitsberatung und ein psychosoziales Screening über einen entsprechenden Eltern- bzw. Jugendfragebogen aufgenommen (BVKJ) (3). Die Kosten für dieses weitergehende Angebot werden von einzelnen Krankenkassen übernommen.

Literatur zu 2.2.2

- (1) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, 1974 i.d.F. vom März 2011, Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013 ; ([Link](#))
- (2) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung* vom 26. Juni 1998, i.d.F. vom Juni 2008 Bundesanzeiger, Nr. 133, S. 3236; ([Link](#))
- (3) Informationen zum erweiterten Vorsorgeprogramm Paed.plus; ([Link](#))

2.2.3 Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitspflege

An den kommunalen Gesundheitsämtern sind die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste für Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter zuständig. Zu ihren Aufgaben gehören nach den §§ 8 und 8a Gesundheitsdienstgesetz (s. Kapitel 8.7) die Beratung der Kindertageseinrichtungen und Schulen in Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, so in Fragen der Inklusion behinderter und chronisch kranker Kinder, der Infektionsprävention und Hygiene sowie gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Sie führen jahrgangsbezogene sozialpädiatrische Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen durch: neben der Untersuchung der Einschulkinder (s.u.) werden in unterschiedlichem Umfang Untersuchungen in Förderschulen, bestimmten Klassenstufen der Regelschulen, in sozialen Brennpunkten sowie in Kindergärten angeboten. Sie sind wichtiger Part in den Frühen Hilfen (s. 2.2.1). Indem sie Eltern motivieren, versäumte Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nachzuholen, tragen sie wesentlich zur hohen Inanspruchnahme an diesen Untersuchungen im Saarland bei. Die Jugendzahnärztlichen Dienste untersuchen Schulkinder im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe (s. 2.2.4). Die Arbeit der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste ist gemeinwesenbezogen angesiedelt an der Schnittstelle zwischen individueller Gesundheitsversorgung, Kindergemeinschaftseinrichtungen, Kommune bzw. Landkreis und sonstigen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche.

Einschulungsuntersuchung

Einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leistet die Einschulungsuntersuchung am Übergang Kindergarten-Schule. Alle Kinder im Halbjahr vor dem letzten Kindergartenjahr sind nach dem Schulrecht zur Teilnahme verpflichtet (1). Die Untersuchung dient der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung, der Feststellung des Entwicklungsstandes sowie der Abklärung und Beratung in schulspezifischen Fragestellungen. Bei individuellem Abklärungsbedarf werden die schulpсихologischen Dienste einbezogen. Eltern werden über erforderliche Maßnahmen der Prävention und Therapienotwendigkeiten beraten. Sie werden aber auch über Hilfe- und Unterstützungsangebote informiert. Bei Bedarf werden diese Hilfen auch initiiert.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung stellen eine wichtige Basis für die Gesundheitsberichterstattung über die Gesundheit der Kinder im Saarland dar. Sie liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der individuellen und gruppenspezifischen Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung. Sie können Hinweise auf notwendige Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung geben (2,3).

Literatur zu 2.2.3

- (1) Gesetz Nr. 826 über die Schulpflicht im Saarland (Schulpflichtgesetz); [\(Link\)](#)
- (2) Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland 2004; [\(Link\)](#)
- (3) Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland 2007; [\(Link\)](#)

2.2.4 Zahnärztliche Untersuchungen

Zahnärztliche Individualprophylaxe

Die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist in der Richtlinie "Zahnärztliche Früherkennung" geregelt (1). Zahnärztliche Früherkennung kann von Ärzten und Zahnärzten durchgeführt werden. Sie umfasst insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. Die erste Untersuchung findet grundsätzlich ab dem 30. Lebensmonat statt, die beiden weiteren Untersuchungen bis zum 72. Lebensmonat. Die Untersuchungen sind mit den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen und gruppenprophylaktischen Maßnahmen abzustimmen.

Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko ist ergänzend zu den oben genannten Maßnahmen die Anwendung von Fluoridlack zur Kariesvorbeugung angezeigt.

Kinder und Jugendliche von 6 bis 17 Jahren haben Anspruch auf eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung jährlich und auf die Fluoridierung der bleibenden Zähne. Ab 12 Jahren wird in einem Bonusheft der Mundhygienestatus dokumentiert.

Ein besonderes Versorgungsproblem stellen Kinder mit frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries, ECC) dar. ECC wird insbesondere durch dauerhaftes Nuckeln süßer Tees und Fruchtsäfte ausgelöst und kann zu Schädigungen auch der bleibenden Zähne führen. Für diese Kinder haben Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung ein Präventionsprogramm entwickelt, das einen zweimaligen Zahnarztbesuch bereits zwischen dem sechsten und 30. Lebensmonat vorsieht. Dieses weitergehende Programm wird durch einzelne Krankenkassen angeboten (2).

Zahnärztliche Gruppenprophylaxe

Zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit und zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen werden gruppenprophylaktische Maßnahmen vorwiegend in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Dazu sieht § 21 SGB V eine Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen, öffentlichem Gesundheitsdienst und Zahnärztekammer vor; eine bundeseinheitliche Rahmenvereinbarung regelt Näheres (3). Im Saarland organisieren die gesetzlichen Krankenkassen, das Land, die Landkreise und der Regionalverband sowie die Zahnärztekammer diese Maßnahmen und arbeiten dazu in der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJ) zusammen. Gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindergärten werden durch niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte durchgeführt, in Grundschulen und Förderschulen durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des ÖGD. Zur Effektivitätskontrolle wird in epidemiologischen Begleituntersuchungen, zuletzt 2009, der Zahnstatus der Kinder und Jugendlichen bundesweit stichprobenartig in bestimmten Jahrgängen erhoben. Im Bundesvergleich war die Zahngesundheit der sechs- und neunjährigen saarländischen Kinder sehr gut (4).

Im Rahmen der Gruppenprophylaxe werden die Kinder über gesunde Ernährung informiert, zum richtigen Zähneputzen angeleitet und zahnärztlich untersucht. Bei behandlungsbedürftigen Befunden werden die Eltern gebeten, ihre Zahnärztin/ihren Zahnarzt aufzusuchen. Unterstützend erhalten die Kindergartenkinder und Kinder in sozialen Brennpunkten auch Zahnputzsets. Im Rahmen von Elternabenden und bei Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher werden Fragen der zahngesunden Ernährung und Mundhygiene thematisiert. Über 75 % aller saarländischen Kinder ab drei Jahren werden durch die Gruppenprophylaxe erreicht.

Mit diesem Angebot besteht insbesondere die Möglichkeit, Kinder zu erreichen, die nicht an Maßnahmen der Individualprophylaxe teilnehmen und sie einer zahnärztlichen Behandlung zuzuführen, aber auch die Eltern für gesunde Ernährung und Zahnpflege zu sensibilisieren und Vernachlässigung vorzubeugen. Auch Grundschulkinder und Kinder und Jugendliche in Förderschulen und sozialen Brennpunkten, bei denen ein höheres Kariesrisiko bei Milchzähnen und bleibenden Zähnen besteht, sollen durch dieses Untersuchungsangebot erreicht werden. Ein besonderes Augenmerk gilt Kindern mit frühkindlicher Karies (s.o.). Gruppenprophylaktische Maßnahmen auch bei unter Dreijährigen könnten die Prävention verbessern.

Haben niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte in ihrer Praxis Hinweise auf ungünstige psychosoziale Bedingungen für das Kind, können sie die Eltern auf die Beratungsangebote und Hilfesysteme im Landkreis bzw. Regionalverband hinweisen und ggf. weitervermitteln.

Gleiches gilt auch für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem Jugendzahnärztlichen Dienst, die im Rahmen der Gruppenprophylaxe tätig sind.

Literatur zu 2.2.4

- (1) Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung) gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom 1. Januar 2005; Bundesanzeiger 2005; Nr. 54, S: 4 094
- (2) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg); Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin, Januar 2014; [Link](#)
- (3) GKV Spitzenverband: Gemeinsame Rahmenempfehlung nach § 21 Abs. 2 Satz 2 SGB V zur Förderung der Gruppenprophylaxe insbesondere in Schulen und Kindergärten vom 17.6.1993; [Link](#)
- (4) Pieper, K. Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.; 2010; [Link](#)

2.2.5 Prävention von Gewalt in Institutionen

Der im Jahr 2010 von der Bundesregierung initiierte Aufarbeitungsprozess des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland hatte zum Ziel, politische und gesellschaftliche Veränderungen im Umgang mit sexuellem Missbrauch zu schaffen. Es sollten sowohl die Bedingungen für Betroffene verbessert als auch Maßnahmen zur Prävention sexuellen Missbrauchs umgesetzt werden. Die geschaffenen Organe - der Runde Tisch "Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich" sowie die Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) – haben zur Aufgabe, Empfehlungen und Weiterentwicklungen zu Intervention und Prävention zu entwickeln (Abschlussbericht des Runden Tisches, 2011) (1). Die Bundesregierung hat 2011 einen Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung auf den Weg gebracht (2).

Inzwischen liegen bereits umgesetzte Empfehlungen zur Entwicklung von Schutz- und Interventionskonzepten in Institutionen vor (Röhrig, 2013) (3).

1. Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes
2. Durchführung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsfeldspezifischen Gefährdungspotentialen und Gelegenheitsstrukturen
3. Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens
4. Notfallplan für Verdachtsfälle
5. Hinzuziehung eines/einer externen Beraters/Beraterin
6. Verdachtsfälle (z.B. Fachkraft für Kinderschutz)
7. Entwicklung eines Dokumentationswesens für Verdachtsfälle
8. Themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen durch externe Fachkräfte
9. Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse
10. Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne der Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen.

Bei der Erarbeitung von Schutzkonzepten nimmt eine professionelle und altersgerechte Nähe-Distanz-Regulation, eine gezielte Ausbildung hinsichtlich Wissen über sexuellen Kindesmissbrauch und Täterstrategien sowie Verhaltens- und Umgangscodices eine wichtige Rolle ein.

Literatur zu 2.2.5

- (1) Bergmann, Ch.: Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2011; [Link](#)
- (2) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung (2011); [Link](#)
- (3) Röhrig, J.M.: Handbuch Schutzkonzepte sexueller Missbrauch. Befragungen zum Umsetzungsstand der Empfehlungen des Runden Tisches "Sexueller Kindesmissbrauch". Geschäftsstelle des Unabhängigen Beauftragten für sexuellen Missbrauch. Berlin. 2013; [Link](#)

2.2.6 Förderung der Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen

Nach § 20 Abs. 1 SGB V sollen die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. In einem Leitfaden hat der GKV-Spitzenverband prioritäre Handlungsfelder definiert und Kriterien hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik definiert. Vorrangig förderungswürdig ist Prävention im Setting Kindergarten und Schule in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Suchtprävention und Stressbewältigung (1).

Literatur zu 2.2.6

- (1) GKV-Spitzenverband ([Link](#))

2.3 Angebote der sekundären Prävention und Intervention

Tab. 15: Sekundäre Prävention und Intervention

Angebote	<ul style="list-style-type: none">• für Eltern mit Schreibabys• für Kinder mit Regulationsstörungen und sozial-emotionalen Störungen• bei seelischen Folgen von Kindesmisshandlung• Frühförderung• weitere Beratungsstellen bei Kindesmisshandlung• Jugendhilfe
Ansprechpartner bei Intervention	
Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes	

2.3.1 Angebote für Eltern mit Schreibabys

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

Aufklärung darüber, wie gefährlich falsche Reaktionen, insbesondere das Schütteln eines Babys sind, sollte bereits während der Schwangerschaft durch Fachärzte für Frauenheilkunde und durch die betreuende Hebamme bzw. den Entbindungspfleger erfolgen (1).

Wichtige Anlaufstellen zur Diagnose und Behandlung von Schreibabys sind Kinder- und Jugendärzte in Praxen und Klinik, Sozialpädiatrisches Zentrum sowie spezielle Beratungsangebote für Eltern mit Schreibabys in therapeutischen Praxen und Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Literatur zu 2.3.1

- (1) Flyer "Schütteln ist lebensgefährlich"; ([Link](#))

2.3.2 Angebote für Kinder mit sonstigen Regulationsstörungen und sozial-emotionalen Störungen

Auch hier sind die Kinder- und Jugendärzte in Praxis und Klinik die ersten Anlaufstellen. Spezialisierte Therapieangebote gibt es im Sozialpädiatrischen Zentrum, bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychotherapeuten sowie in Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

2.3.3 Angebote bei seelischen Folgen von Kindesmisshandlung

Im Saarland befassen sich niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Ambulanzen des Sozialpädiatrischen Zentrums und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit diesen Kindern und Jugendlichen. Daneben ist eine Therapie in Tageskliniken und stationär im SPZ und den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich. Die im Ausbau befindlichen Mutter-Kind-Stationen sollen insbesondere die Interaktion zwischen Kind und Eltern verbessern (s. Adressenteil Kapitel 7.1).

Viele Therapieformen sind eingesetzt worden, um Kindern bei der Überwindung von Misshandlungsfolgen zu helfen. Hierzu gehören Einzeltherapien, Familientherapien und Gruppentherapien. Diese Therapietechniken sind von einer Vielzahl psychologischer Theorien abgeleitet worden, wie z. B. psychodynamischen, verhaltenstheoretischen, kognitiven, einsichtsorientierten und strukturellen sowie strategischen Theorien der Familientherapie. Es gibt nur wenig Forschung über die Wirksamkeit dieser verschiedenen Ansätze, um Kindern und Jugendlichen im Umgang mit den Schwierigkeiten nach häuslicher Gewalt zu helfen.

Die Bezugspersonen des Kindes sollten unbedingt wissen, dass die Forschung wiederholt gezeigt hat, dass das Ausmaß der Unterstützung von Eltern und anderen Pflegepersonen der wichtigste Faktor ist, um die psychologische Anpassung des Kindes nach Misshandlungserfahrungen zu beeinflussen. Durch eine starke emotionale Unterstützung seitens der Bezugspersonen und durch wirksame medizinische und psychologische Unterstützung können Kinder, die Misshandlungen erlebt haben, eine gesunde, zufriedenstellende und ausgefüllte Zukunft erwarten.

2.3.4 Frühförderung

Da das Aufwachsen in entwicklungsgefährdenden Lebensumständen und Kindesmisshandlungen zur Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung führen kann, kommt der interdisziplinären Frühförderung eine wichtige Funktion in der Resilienzförderung und Rehabilitation dieser Kinder zu.

Ähnlich der Entwicklung im Gesundheitswesen lässt sich auch in der Frühförderung in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung der Störungsbilder von manifesten, meist biologisch-genetisch bedingten Behinderungsformen hin zu sozialen und emotionalen Entwicklungsauffälligkeiten beobachten. Der überwiegende Teil der in der Frühförderung betreuten Kinder zeigt komplex bedingte, unspezifische Entwicklungsverzögerungen (Sohns 2010) (1). Im gegenwärtigen Selbstverständnis der Frühen Hilfen nimmt das System der Frühförderung neben den zentralen Bereichen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe eine wichtige Stellung ein (Simon-Stolz et al. 2013) (2).

Trotz bestehender regionaler Unterschiede ist der Zugang zu Frühförderstellen für die Familien in der Regel unkompliziert, niederschwellig und auch wenig stigmatisierend. Sie sind vor Ort leicht erreichbar und bieten frühzeitige, in der Regel aufsuchende Hilfe an. Damit erreichen sie viele Familien, die aus unterschiedlichen Gründen einen eigenen, aktiven Zugang zu Hilfesystemen nicht finden oder die Möglichkeit dazu haben.

Frühförderung ist als eine längerfristige, entwicklungsbegleitende Hilfe angelegt und stellt so für die Familie einen wichtigen Faktor an Kontinuität und Verlässlichkeit dar. Sie ist in ihrem fachlichen Selbstverständnis den Prinzipien der Alltags- und Familienorientierung verpflichtet (2). Die Entwicklungsprozesse des Kindes sind eingebunden in die familiäre Lebenswelt und werden maßgeblich beeinflusst durch die Struktur der Familie, die Dynamik der familiären Beziehungen, die sozioökonomische Situation der Familie und die familiären Werte und Orientierungen. Frühförderung richtet den Blick auf das Kind mit seinen individuellen Entwicklungsbedürfnissen. Sie ergänzt damit die meist elternzentrierten Angebote der Beratung und Familienförderung um die wichtige Perspektive des Kindes (Thyen 2012) (3).

Nach den §§ 30, 55 und 56 SGB IX umfassen die Leistungen der interdisziplinären Frühförderung medizinische und nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten. Sie werden erbracht, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern (4). Frühförderstellen sind damit neben den Sozialpädiatrischen Zentren die Anlaufstelle für eine umfassende Beurteilung der kindlichen Entwicklung. Im Rahmen einer Komplexleistung bieten sie "Hilfen aus einer Hand" und erleichtern damit den Eltern den Zugang und die Inanspruchnahme notwendiger Hilfen für das Kind.

Literatur zu 2.3.4

- (1) Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 2000
- (2) Simon-Stolz, L., Adolph, G., Brill J.: Frühe Hilfen und Frühe Förderung – Entwicklung und Stellenwert im medizinischen Kinderschutz. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 16, 30-43, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2013.
- (3) Thyen, U. (2012): Der Beitrag Früher Hilfen zur frühen Förderung und Bildung von Kindern. Frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012, 16-23
- (4) Sozialgesetzbuch neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

2.3.5 Sozialpädiatrisches Zentrum

Die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sind nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform der Krankenbehandlung. Sie sind zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext mit ihrem sozialen Umfeld einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen. Zum Behandlungsspektrum gehören insbesondere Krankheiten, die Entwicklungsstörungen, drohende und manifeste Behinderungen sowie Verhaltens- oder seelische Störungen jeglicher Ätiologie bedingen, wobei hier regionale Unterschiede von Zentrum zu Zentrum existieren. Zu den Aufgaben der Sozialpädiatrischen Zentren zählt auch die Untersuchung bei Verdacht auf die oben genannten Krankheiten.

Sozialpädiatrischen Zentren betreuen Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Sie arbeiten interdisziplinär, mit einem hohen Anteil an psychotherapeutischen/psychosozialen und rehabilitativen Interventionen. Die Einbeziehung der Familie in die Therapie ist konzeptioneller Schwerpunkt. Sozialpädiatrischen Zentren arbeiten an der Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst (1).

Im Saarland bietet das Sozialpädiatrische Zentrum an der Marienhausklinik St. Josef Kohlhof ambulante und stationäre Behandlung an.

Literatur zu 2.3.5

- (1) Sozialpädiatrische Zentren: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin; [\(Link\)](#)

2.3.6 Weitere Beratungsstellen

Neben den überwiegend medizinisch orientierten Angeboten gibt es die Angebote spezialisierter Beratungsstellen wie SOS-Kinderschutz und Beratung, Nele und Phönix und Neue Wege. Auch die Erziehungsberatungsstellen in den Landkreisen und dem Regionalverband bieten Hilfe und Unterstützung (s. Adressenteil Kapitel 7).

2.3.7 Angebote der Jugendhilfe

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden einerseits durch die Jugendämter der Landkreise bzw. des Regionalverbandes Saarbrücken erbracht und andererseits durch Träger der freien Jugendhilfe wie Wohlfahrtsverbände, Initiativen, Vereine oder Stiftungen.

Gewollt ist eine vielfältige Trägerlandschaft, in der unterschiedliche Wertorientierungen und vielfältige Inhalte, Methoden und Arbeitsformen angeboten werden.

Das Angebot der Kinder- und Jugendhilfe umfasst Leistungen für die Zielgruppe der jungen Menschen und deren Familien von der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und in begründeten Fällen auch über die Volljährigkeit hinaus, in der Regel bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres:

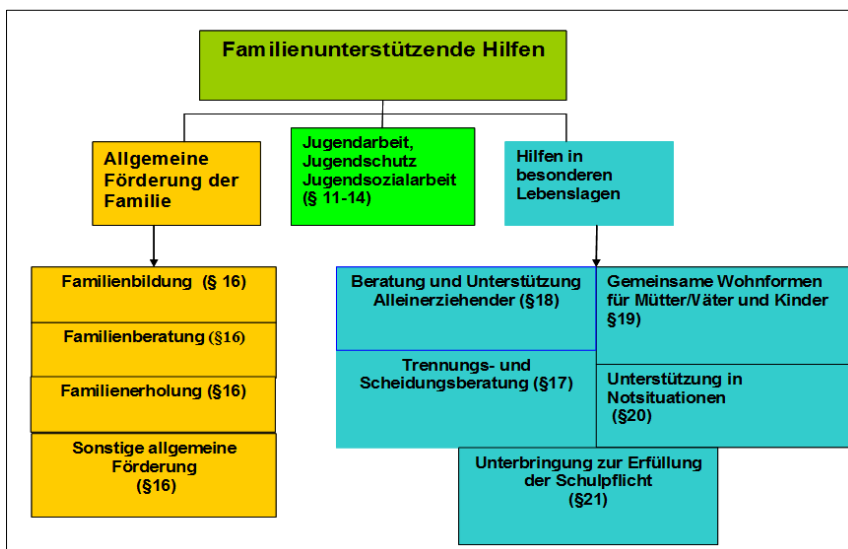


Abb. 6: Familienunterstützende Angebote der Jugendhilfe

Quelle: Hans Marx, Jugendamt des Regionalverbandes Saarbrücken, 2013

Erziehungs-, Jugend- oder Familienberatungsstellen (§§ 16, 17, 28 SGB VIII)

Sie sind häufig erste Anlaufpunkte, die bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme Hilfestellung geben können. Für das Angebot muss der Hilfesuchende nichts bezahlen. Beratungsstellen unterliegen den Bestimmungen zum Schutz von Sozialdaten und zur Wahrung von Sozialgeheimnissen. Sie garantieren einen vertraulichen Umgang mit den Informationen, die sie erhalten.

Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)

Hier handelt es sich um ein Angebot für ältere Jugendliche. Es soll ihnen ein intensives soziales Lernen in eine Gruppe ermöglichen und so bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Problemen mit ihrer Umwelt unterstützen.

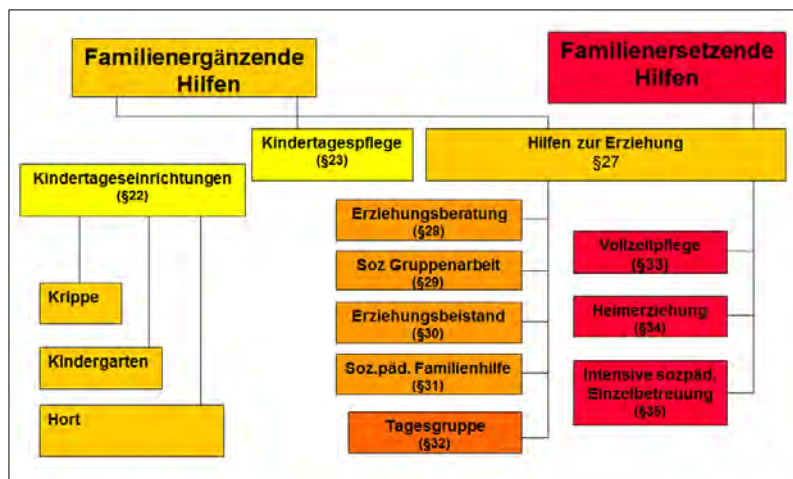


Abb. 7: Familienergänzende und -ersetzende Angebote der Jugendhilfe

Quelle: Hans Marx, Jugendamt des Regionalverbandes Saarbrücken, 2013

Erziehungsbeistandschaft (§ 30 SGB VIII)

Ein Erziehungsbeistand soll den jungen Menschen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes helfen. Es kann sich um Probleme in der Schule, bei der sozialen Integration oder andere Problemstellungen handeln.

Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)

Bei dieser Hilfe steht die ganze Familie im Mittelpunkt der Hilfestellung. Eine Fachkraft kommt in die Familie und bietet kontinuierlich Unterstützung bei der Erziehung, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und bei Schwierigkeiten mit Außenstehenden an. Ziel der Hilfe ist es, die Konfliktlösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten der Familie so zu erweitern, dass sie auftretende Probleme selbstständig bewältigen kann.

Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII)

Im Mittelpunkt der Arbeit in der Tagesgruppe stehen soziales Lernen, schulische Förderung und Elternarbeit. Es handelt sich um eine intensive Form der Betreuung; die Kinder oder Jugendlichen bleiben in ihrer Familie, werden aber wochentags nach der Schule in einer Gruppe betreut. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern statt.

Hilfen außerhalb der Herkunftsfamilie (§§ 33, 34, 35)

Ist eine Hilfe außerhalb der Herkunftsfamilie angezeigt, stehen der Jugendhilfe differenzierte Möglichkeiten, nämlich die Unterbringung in einer Pflegefamilie, in einer vollstationären Einrichtung oder eine Einzelbetreuung zur Verfügung. Auch hier stellen die Elternarbeit und die Zielsetzung einer möglichen Rückkehr in die Herkunftsfamilie wesentliche Aspekte der Hilfe dar.

Wenn eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, haben die Personensorgeberechtigten, in der Regel die Eltern, einen Rechtsanspruch auf die geeignete und notwendige Hilfe zur Erziehung. Wer Hilfe, Rat und Unterstützung benötigt, sollte sich an das für ihn zuständige Jugendamt oder eine Beratungsstelle wenden. Auch Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Fragen der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.

Bei einer Entscheidung über die geeignete Hilfe müssen die Personensorgeberechtigten und Kinder bzw. Jugendlichen einbezogen werden.

Die Kosten für eine Hilfe zur Erziehung trägt das Jugendamt. Bei einer Unterbringung außerhalb der eigenen Familie und bei der Erziehung in einer Tagesgruppe wird ge-

prüft, ob und in welcher Höhe die Eltern, Minderjährigen oder jungen Erwachsenen zu den Kosten herangezogen werden können. Die Höhe errechnet sich nach dem Einkommen und wird vom Jugendamt berechnet.

2.3.8 Angebote bei Kindesmisshandlung

Eine erste Anlaufstelle bei Verdacht auf Kindesmisshandlung sind die an den saarländischen Kinderkliniken eingerichteten Kinderschutzgruppen (s. Kapitel 3, 4 und 5).

Koordinierungsstellen und Kooperationspartner im Netzwerk "Frühe Hilfen" können ebenfalls angesprochen werden (s. 2.2.1).

2.3.9 Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes

An der Weiterentwicklung des Kinderschutzes sind verschiedene Arbeitskreise tätig, u.a. Arbeitskreis Gewaltprävention der Ärztekammer, Arbeitskreis Prävention und medizinischer Kinderschutz unter Moderation von SOS-Kinderschutz und Beratung sowie der Runde Tisch gg. häusliche Gewalt (s. Kapitel 7).

3 Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

3.1 Behandlung von Minderjährigen

Nach ständiger Rechtsprechung ist jeder ärztliche Heileingriff, selbst die Gabe eines Medikaments, ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Die rechtliche Befugnis des Arztes hierzu ergibt sich aus der wirksamen Einwilligung des informierten Patienten (1).

Für die Praxis bedeutet dies, dass die Ärztin/der Arzt vor der Behandlung oder Verordnung eines Medikaments im Rahmen des Aufklärungsgesprächs gehalten ist,

- abzuklären, ob der Minderjährige bereits selbst einwilligungsfähig ist oder nicht
- gegebenenfalls die Gesichtspunkte zu dokumentieren, die dafür sprechen, dass der Patient über die notwendige Reife verfügt.

Hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit gelten die unten dargelegten Grundsätze (siehe 3.3.1.). Als maßgebende Bestimmungsfaktoren für die Bejahung oder Verneinung der Einwilligungsfähigkeit kommen bei Behandlungen Minderjähriger die konkrete Heilbehandlung, insbesondere die Schwere und Dringlichkeit der ärztlichen Maßnahmen, die Größe der mit einer Operation verbundenen Risiken und die Möglichkeit von Dauerfolgen hinzu (2). Bei Routinemaßnahmen und geringfügigen Eingriffen, wie zum Beispiel einer Blutentnahme zu diagnostischen Zwecken oder einer gynäkologischen Untersuchung, wird die Altersgrenze für die wirksame Einwilligung niedriger angesetzt im Vergleich zu nicht ganz ungefährlichen Behandlungsmaßnahmen, insbesondere Operationen.

Ist die/der Minderjährige nicht einwilligungsfähig, ist im Regelfall das Einverständnis der Sorgeberechtigten einzuholen, wobei die Ärztin/der Arzt sich bei älteren Kindern, zumindest aber bei Jugendlichen auch ihrer Einwilligung vergewissern sollte (2). In Einzelfällen, so zum Beispiel, wenn der Eingriff erhebliche Folgen für seine zukünftige Lebensgestaltung haben kann, kann der/dem Minderjährigen ein sog. "Vetorecht" zustehen. Der Wille des Kindes hat mit zunehmendem Alter mehr Gewicht (2).

Literatur zu 3.1

- (1) Schelling P., Gaibler, T.: Aufklärungspflicht und Einwilligungsfähigkeit: Regeln für diffizile Konstellationen. Deutsches Ärzteblatt 2012, 109(10) ([Link](#))
- (2) Laufs/ Kern, Handbuch des Arztrechts, zu § 139 Rn. 45.

3.2 Ärztliche Schweigepflicht

Steht der Verdacht körperlicher Misshandlung, sexuellen Missbrauchs, Vernachlässigung oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt im Raum, stellt sich für Ärztinnen und Ärzte die Frage, inwieweit sie diesen Verdacht an andere Institutionen wie Jugendamt, Familiengericht, Polizei, Beratungsstellen etc. weitergeben können oder ob sie aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht an einer Informationsweitergabe gehindert sind.

Die Schweigepflicht ist in § 203 des Strafgesetzbuches und in § 9 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes geregelt und gilt auch für das gesamte medizinische Hilfspersonal, unabhängig davon, in welcher Funktion es eingesetzt ist. Die Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen, die dem Arzt im Rahmen seiner beruflichen Eigenschaft bekannt geworden sind. Hierunter fallen nicht nur medizinische Informationen aus Anamnese, Diagnose und Therapie, sondern auch familiäre, persönliche und finanzielle Umstände des Patienten, einschließlich der Tatsache der Behandlung als solche (1). Die hier und im Folgenden zitierten Regelungen des Strafgesetzbuches sind in Kapitel 8.2 aufgeführt.

Grundsätzlich verbietet demnach nach aktueller Gesetzeslage die Schweigepflicht eine Informationsweitergabe an Dritte wie Jugendämter, Gesundheitsämter etc., es sei denn, die Patientin/der Patient erteilt eine Schweigepflichtsentbindung oder die Voraussetzungen der Befugnisnorm des § 4 Absatz 3 KKG oder die des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 des Strafgesetzbuches liegen vor.

Literatur zu 3.2

(1) Münchener Anwalts Handbuch Medizinrecht (2013) S. 602, Rn. 121

3.3 Zulässige Offenbarungen

3.3.1 Schweigepflichtentbindung

Liegt das Einverständnis der Patientin/des Patienten vor, sind Ärztinnen und Ärzte befugt, die Informationen weiterzugeben. Dabei ist das Einverständnis grundsätzlich formlos möglich, d. h. es muss nicht schriftlich erfolgen. Zum entsprechenden Nachweis und um Unsicherheiten zu vermeiden, empfiehlt sich allerdings eine schriftliche Schweigepflichtentbindung einzuholen.

Maßgeblich dafür, ob das Einverständnis auch von Kindern und Jugendlichen erteilt werden kann, ist, ob sie in der Lage sind, Wesen, Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung zu überblicken, das heißt ob sie einwilligungsfähig sind. Diese so genannte "Einsichts- und Urteilsfähigkeit" zu überprüfen und festzustellen ist Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte. Es gibt keine festen Altersgrenzen. Wann die Einsichtsfähigkeit bei einem Jugendlichen vorliegt, hängt vielmehr von der individuellen geistigen und sittlichen Reife des Minderjährigen ab. Jedoch ist davon auszugehen, dass es bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres in der Regel an der nötigen Einwilligungsfähigkeit fehlen dürfte, während nach Vollendung des 16. Lebensjahres meist von einer bereits vorhandenen Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Für die Altersspanne zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr besteht dagegen keine Regelvermutung (1).

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen obliegt es grundsätzlich den Sorgeberechtigten, die Ärztin/den Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden. Üben die Eltern gemeinsam die elterliche Sorge im Sinne des § 1626 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aus, so bedarf es zur wirksamen Schweigepflichtentbindung der Einwilligung beider Elternteile. Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Eltern bedarf es, sofern die Eltern nicht weiterhin das gemeinsame Sorgerecht innehaben, nur der Einwilligung des allein sorgeberechtigten Elternteils.

Handelt es sich bei einem Elternteil aber gerade um denjenigen, von dem körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung oder elterliche Partnerschaftsgewalt ausgeht, so kann bei gemeinsamer elterlicher Sorge die Ärztin/der Arzt nicht allein von dem anderen nicht gewaltausübenden Elternteil von der Schweigepflicht entbunden werden. In diesen Fällen muss eine Anordnung des Familiengerichts eingeholt werden, die die Einwilligungserklärung des gewalttätigen Elternteils ersetzt (§ 1666 BGB) oder aber die Befugnis zur Weitergabe der Informationen wegen rechtfertigenden Notstands (siehe unten) muss geprüft werden. Sofern die Gefahr von beiden Elternteilen ausgeht, kann das Familiengericht die Erklärung Beider ersetzen.

Diese Vorgehensweise ist allerdings zeitintensiv, denn in diesen Verfahren sind die Sorgeberechtigten grundsätzlich persönlich anzuhören. Von der Anhörung darf nur aus schwerwiegenden Gründen abgesehen werden. Derartige schwerwiegende Gründe liegen unter anderem vor, wenn von der Anhörung erhebliche Nachteile für die Gesundheit des Anzuhörenden zu befürchten sind, wenn dieser offensichtlich nicht imstande ist, seinen Willen kundzutun oder wenn sein Aufenthalt nicht zu ermitteln ist (2). Daher sollten Sie als Ärztinnen und Ärzte in diesen Fällen an eine Befugnis zur Informationsweitergabe wegen rechtfertigenden Notstands oder nach den Grundsätzen des § 4 Absatz 3 KKG denken.

Literatur zu 3.3.1

- (1) [Link](#)
- (2) Zöllner, ZPO, § 160 FamFG Rn. 6.

3.3.2 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

Im Januar 2012 ist das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG) in Kraft getreten, das als Bestandteil das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz enthält (KKG). Darin werden die Aufgaben und Befugnisse für Ärztinnen und Ärzte, was die Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung angeht, in § 4 KKG konkretisiert (s. Kapitel 8.5).

Die Vorschrift des § 4 sieht ein mehrstufiges Verfahren vor. Im Hinblick auf die vorrangige elterliche Erziehungsverantwortung und den Primat der elterlichen Gefahrenabwendung verpflichtet die Vorschrift kind- und jugendnah beschäftigte Berufsgeheimnisträger zur Beratung der Eltern und zur Motivation für die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen und bestimmt im Interesse eines aktiven Kinderschutzes auch die Voraussetzungen, unter denen die Adressaten befugt sind, Informationen an das Jugendamt weiterzuleiten (1).

Zu den Berufsgeheimnisträgern zählen Ärztinnen/Ärzte, Hebammen/Entbindungspfleger oder Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatliche geregelte Ausbildung erfordert, Berufspsychologinnen/-psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Jugendberaterinnen/-berater sowie Beraterinnen/Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde bzw. Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen/-pädagogen sowie Lehrerinnen/Lehrer.

Absatz 1 des § 4 sieht vor, dass Berufsgeheimnisträger bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen mit den Betroffenen und dessen Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und - soweit erforderlich - bei ihnen auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen hinwirken sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Den Begriff der "gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung" hat der Gesetzgeber nicht näher präzisiert. Diesen Begriff verwendet der Gesetzgeber jedoch auch als Ausgangspunkt des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII für Jugendämter und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Insoweit dürfte auf die dortige Definition zu verweisen sein. Danach sind gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung Hinweise oder Informationen über Handlungen gegen Kinder und Jugendliche oder Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährden, unabhängig davon, ob sie durch eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten bestehen (2).

Nicht alle Ärztinnen und Ärzte haben im gleichen Maße mit Kindern und Jugendlichen Kontakt, als dass sie in komplexen Einzelfällen alleine zu der Einschätzung gelangen können, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Abhilfe schafft in diesen Fällen der § 4 Absatz 2 KKG, welcher den Berufsgeheimnisträgern einen Rechtsanspruch auf Beratung zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (diese Fachkraft wird vom Jugendamt vermittelt) verleiht. Zu diesem Zwecke sind die Berufsgeheimnisträger befugt, den Sachverhalt wie die erforderlichen Daten in anonymisierter und pseudonymisierter Form der Fachkraft zu übermitteln.

Die Kernnorm des KKG, welche auch die Befugnisnorm zur Offenbarung darstellt, ist § 4 Absatz 3 KKG. Danach kann ein Berufsgeheimnisträger, sofern

- das Abwenden einer Kindeswohlgefährdung durch helfende, unterstützende, auf Herstellung oder Wiederherstellung eines verantwortlichen Verhaltens der Eltern gerichtete Maßnahmen erfolglos waren oder es absehbar ist, dass diese fruchtlos verlaufen
- und die Ärztin oder der Arzt ein Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich halten, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, das Jugendamt informieren.

Diese Regelung soll der Praxis für die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt größere Handlungssicherheit vermitteln. Sie vereinfacht die Situation der Ärztinnen und Ärzte insofern, als diese nunmehr nicht mehr eine Interessensabwägung im Hinblick auf den rechtfertigenden Notstand (siehe 3.3.3) durchführen müssen. Vielmehr ist ihnen aufgrund dieser Befugnisnorm eine Informationsweitergabe an die Jugendämter möglich, ohne dass sie Sorge haben müssten, dass sie sich dem Vorwurf des Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht aussetzen.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass § 4 Absatz 3 KKG ausschließlich eine Befugnisnorm zur Informationsweitergabe an das Jugendamt und nicht an dritte Stellen, wie zum Beispiel die Polizei oder das Gericht, darstellt. Eine Offenbarung an diese weiteren Institutionen richtet sich wie bisher nach den nachfolgenden Vorschriften.

Literatur zu 3.3.2

- (1) Bundestag-Drucksache 17/6256, S. 19. ([Link](#))
- (2) ([Link](#))

3.3.3 Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 des Strafgesetzbuches

Eine Befugnis (nicht Pflicht) zur Offenbarung anvertrauter Geheimnisse kann auch aus § 34 StGB, dem sog. rechtfertigenden Notstand, folgen. Dieser lässt die Rechtswidrigkeit der tatbestandlichen Verletzung von § 203 StGB entfallen.

Festzustellen, ob eine Informationsweitergabe nach den Grundsätzen des rechtfertigenden Notstands gerechtfertigt ist, erfordert eine am Einzelfall orientierte Abwägung.

Voraussetzung für den rechtfertigenden Notstand ist eine Notstandslage, d. h. dass eine gegenwärtige Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre oder Eigentum besteht. Daneben muss die Informationsweitergabe ein geeignetes und erforderliches Mittel sein, um eine das Geheimhaltungsinteresse des Opfers wesentlich überwiegende Gefahr abzuwenden.

- Unter gegenwärtiger Gefahr wird ein Zustand verstanden, bei dem bei natürlicher Weiterentwicklung der Dinge der Eintritt eines Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist, falls nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden (1).
- Handelt es sich um Kinder oder Jugendliche, bei denen Verletzungen bzw. Beeinträchtigungen und Anzeichen für körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt festgestellt werden, ist in der Regel eine gegenwärtige Gefahr für Leib und Leben gegeben. Bei diesen Delikten besteht die erhöhte Gefahr einer Wiederholung.
- Darüber hinaus müssen Ärztinnen und Ärzte bei der Interessenabwägung zu dem Ergebnis kommen, dass das geschützte Interesse, die körperliche und seelische Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen, das beeinträchtigte Schutzgut, das Geheimhaltungsinteresse, wesentlich überwiegt. Dies dürfte in Fällen von sexuellem Missbrauch, erheblicher körperlicher Gewalt oder auch dann der Fall sein, wenn das Kind wiederholte, schwere Partnerschaftsgewalt miterlebt hat. In die Interessensabwägung ist der Grad der drohenden Gefahr, d. h. das Ausmaß der Beein-

trächigungen bzw. Schädigungen des Kindes oder Jugendlichen und der Grad der Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts, mit einzubeziehen.

- Daneben muss es sich nicht nur um eine gegenwärtige, sondern auch um eine nicht anders abwendbare Gefahr handeln. Damit ist gemeint, dass die Informationsweitergabe zur Abwendung der Gefahr von dem Kind oder Jugendlichen erforderlich sein muss, und zwar in zweierlei Hinsicht: dass sie zum Schutz der Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen geeignet und im Hinblick auf das Geheimhaltungsinteresse so schonend wie möglich ist. Geeignetheit bedeutet nichts Anderes, als dass eine erfolgreiche Gefahrabwendung nicht ganz unwahrscheinlich ist.
- Gleichzeitig muss die Informationsweitergabe das relativ mildeste Mittel darstellen. Dazu sollten die Ärztinnen und Ärzte mit erwachsenen Opfern sprechen und sie ermutigen, selbst Maßnahmen zu ergreifen, sich an die Polizei zu wenden oder einer Schweigepflichtentbindung zuzustimmen. Sind Kinder betroffen, sind die Anforderungen an die Ausschöpfung milderer Mittel umso geringer, je jünger die Kinder sind und je weniger sie von sich aus tätig werden können. Bei Kindern wäre beispielsweise - je nach Fallgestaltung - als milderer Mittel in Erwägung zu ziehen, bei den Eltern die Situation anzusprechen und ihnen zu empfehlen, sich Unterstützung, z. B. in Form einer Familienhilfe, zu holen. Ob eine solche Empfehlung in Betracht kommt, wird letztlich vom Grad und der Schwere der Gefährdung des Kindes und dem Umgang der Eltern mit der Situation abhängen.

In jedem Fall empfiehlt es sich für die Ärztinnen und Ärzte, die von ihnen zu den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes angestellten Erwägungen zu dokumentieren.

Literatur zu 3.3.3

- (1) Fischer, StGB § 34 Rn. 7

3.4 Anzeigepflicht

Ärztinnen und Ärzte trifft grundsätzlich keine Anzeige- oder Meldepflicht bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft im Hinblick auf gegenüber Kindern oder Jugendlichen begangenen, bereits geschehenen Straftaten (§ 138 StGB).

Eine Anzeigepflicht ist für Ärztinnen und Ärzte - im Übrigen wie für jede andere Person, unabhängig von ihrer Profession - nur dann gemäß § 138 des StGB (Nichtanzeige geplanter Straftaten) gegeben, wenn sie glaubhaft erfahren, dass sehr gravierende Straftaten, wie Mord, Totschlag, Verschleppung ins Ausland etc. entweder bevorstehen oder schon begonnen haben und durch die Anzeige zumindest zum Teil noch abwendbar sind. Glaubhaft bedeutet in diesem Kontext, dass konkrete Anhaltspunkte für die Tat vorliegen müssen, so dass Sie ernsthaft mit der Straftat rechnen.

Für das Bestehen der Anzeigepflicht ist es grundsätzlich gleichgültig, ob die drohende Tat ausgeführt wird. Dies ergibt sich aus der Pflicht, bereits das "Vorhaben" solcher Taten anzuzeigen.

§ 139 Absatz 4 StGB enthält jedoch einen Strafausschließungsgrund. Danach tritt Straffreiheit ein, wenn die Ärztin oder der Arzt (1) die Ausführung oder den Erfolg der drohenden Tat auf andere Weise als durch Erfüllung seiner Anzeigepflicht abwendet. Die Tat muss daher auf Grund eines Handelns des Anzeigepflichtigen unterbleiben. Ein ernsthaftes Bemühen um Abwendung der Tat reicht nach § 139 Absatz 4 Satz 2 StGB aus, wenn die drohende Tat ohne das Zutun des Anzeigepflichtigen unterbleibt (3,4).

Literatur zu 3.4

- (1) Straffreiheit wird in diesen Fällen auch jeder anderen natürlichen Person, unabhängig von ihrer Profession, gewährt.
- (2) Fischer, StGB, § 138 Rn. 13

- (3) Fischer, StGB, § 138 Rn. 12.
- (4) Für Ärztinnen und Ärzte (sowie weiter in § 139 Absatz 3 normierte Berufsheimnisträger besteht darüber hinaus nach § 139 Absatz 3 Satz 1 StGB ein eingeschränkter Rechtfertigungsgrund. Das bedeutet, dass dann von Straffreiheit bei Nichtanzeige einer geplanten Straftat auszugehen ist, wenn:
- sich der Berufsheimnisträger ernsthaft bemüht, den Mitteilenden von der Tat abzuhalten oder den Erfolg auf andere Weise zu verhindern und
 - es sich bei der Tat NICHT um einen Mord, Totschlag (§ 139 Absatz 3 Nr. 1 StGB), Völkermord, Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen (§ 139 Absatz 3 Nr. 2 StGB), sowie erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme, Angriff auf den Luft- und Seeverkehr durch eine terroristische Vereinigung (§ 139 Absatz 3 Nr. 3 StGB) handelt.
- Sind solche Bemühungen gegeben, so kommt es nicht darauf an, ob sie erfolgreich sind.

3.5 Konsequenzen für die ärztliche Praxis

3.5.1 Welche Aufgabe kommt Ärztinnen und Ärzten zu?

Auch wenn die Voraussetzungen zur Informationsweitergabe an das Jugendamt gem. § 4 KKG vorliegen, gibt es keine Verpflichtung, dies zu tun. Allerdings ist zu bedenken, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte einen wichtigen Teil des Hilfe- und insbesondere des Schutzsystems für Kinder bilden.

Ihnen kommt je nach Fallkonstellation die Rolle von Initiatoren zu, die einen Hilfeprozess erst in Gang bringen können. Dazu ist allerdings die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Professionen erforderlich.

Ein standardisiertes Screening auf Kindeswohlgefährdung im Rahmen der ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchungen gibt es bislang nicht, nicht einmal bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Allerdings haben Ärztinnen und Ärzte nach den Kinderrichtlinien bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder – misshandlung die notwendigen Schritte einzuleiten (1). Mit dem Einsatz evaluierter Fragebögen, z.B. von Papoušek (2) oder Laucht und Esser (3), lassen sich systematisch die möglichen Risikokonstellationen eruieren.

Ist die Informationsweitergabe zulässig, empfiehlt es sich für Ärztinnen und Ärzte je nach Alter der Kinder, Kontakt mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter - der auch Ansprechpartner im Rahmen des Landesprogramms "Frühe Hilfen" für die Gesundheitsprofessionen ist - oder mit dem zuständigen Jugendamt aufzunehmen und die weitere Vorgehensweise abzusprechen.

Zur Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung besteht 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 in pseudonymisierter Form zu übermitteln.

Voraussetzung für eine fallbezogene Kooperation ist die Kenntnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie der Institutionen vor Ort, die mit Aufgaben im Rahmen des Kinderschutzes betraut sind. Dazu gehören im medizinischen Bereich z.B. rechtsmedizinische Abteilungen, Kinderschutzgruppen an Kliniken, die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die lokalen Institutionen der Jugendhilfe. Hier sind bereits entsprechende Strukturen aufgebaut worden.

Für Kinderärztinnen und Kinderärzte ist es wichtig, persönliche Kontakte zu den Ansprechpartnerinnen/-partnern der anderen Einrichtungen herzustellen und auszubauen. Dazu bietet es sich beispielsweise an, an Arbeitskreisen, "Runden Tischen" oder Kooperationstreffen von Ärztinnen und Ärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst, Jugendämtern, freier Jugendhilfe in den Netzwerken "Frühe Hilfen" teilzunehmen.

Unerlässlich für eine auf Schutz der Kinder ausgerichtete gute Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen und Institutionen ist darüber hinaus, dass jeder über die Aufgaben des anderen und dessen Kompetenzen, aber auch dessen Grenzen informiert ist.

Für ein qualifiziertes, standardisiertes Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung haben sich bereits vor einigen Jahren an zwei Kinderkliniken - Klinikum Saarbrücken (4) und Universitätsklinikum des Saarlandes (5) - Kinderschutzgruppen etabliert, eine weitere im Jahr 2014 an der Marienhausklinik St. Josef Neunkirchen-Kohlhof.

Es handelt sich um multidisziplinäre Teams bestehend aus Ärzten und Pflegepersonal verschiedener klinischer Fachabteilungen sowie der Rechtsmedizin, Psychologen und Sozialdienst, die im stationären Setting eine leitliniengemäße medizinische und psychologische Diagnostik des Kindes (und seiner Familie) durchführen. Unabdingbar für die erfolgreiche Arbeit ist die Vernetzung mit Jugend- und Gesundheitsämtern, Kinderschutzorganisationen, Sozialdiensten, Einrichtungen der Frühen Hilfen, Frühförderstellen und anderen. Die Zuweisung erfolgt über niedergelassene Kinder- und Jugendärzte oder Hausärzte. Auch auf Intervention des Jugendamtes oder selbstveranlasst durch Familienangehörige ist eine stationäre Diagnostik und Behandlung möglich.

Bei Vorliegen von akuten Verletzungen und Erkrankungen als mögliche Folge von Misshandlung oder Vernachlässigung ist jederzeit eine notfallmäßige Vorstellung und ggfls. Behandlung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen an einer entsprechenden Klinik anzustreben.

Eine Übersicht von speziellen Hilfeeinrichtungen und Behörden ist im Kapitel 7 dieses Leitfadens zusammengestellt. Im nachfolgenden Abschnitt werden die zentralen Aufgaben der Kooperationspartnerinnen/-partner erläutert.

In sehr seltenen Fällen mag zudem die Erstattung einer Strafanzeige sinnvoll sein. Dies ist allerdings nur unter den Voraussetzungen des Rechtfertigenden Notstandes zulässig und bedarf der unter 3.3.3 dargelegten umfassenden Rechtsgüterabwägung. Insbesondere sind hier die Eignung der Anzeige und die Erforderlichkeit zu prüfen. So ist zwar zu erwägen, dass bei körperlicher oder seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt Wiederholungshandlungen im Raum stehen, bei denen für die Kinder auch weiterhin die Gefahr von Verletzungen bzw. mittel- und langfristigen Beeinträchtigungen besteht. Dieser Gefahr dürfte aber in der Regel besser durch die Regelungen des Kinderschutzes als durch das Strafrecht zu begegnen sein.

Literatur zu 3.5.1

- (1) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, 1974 i.d.F. vom März 2011, Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013; [\(Link\)](#)
- (2) Fragebogen M. Papousek; [\(Link\)](#)
- (3) Elternfragebogen nach Esser, M. und Laucht, M.; [\(Link\)](#)
- (4) Infolyer der Kinderschutzgruppe am Klinikum Saarbrücken; [\(Link\)](#)
- (5) Infolyer der Kinderschutzgruppe am Uniklinikum des Saarlandes; [\(Link\)](#)

3.5.2 Welche Aufgaben haben Jugendhilfe, Familiengericht und Polizei?

Kinder- und Jugendhilfe

Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es einerseits, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen sowie Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen (s. Kapitel 2.7).

Daneben hat sie die Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes und den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§§ 11 ff., 8a, 36, 36a, 80 SGB VIII) sicherzustellen. Die Jugendämter und die Träger der freien Jugendhilfe sind dem in § 8a SGB VIII (s. Kapitel 8.6) konkretisierten Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung verpflichtet.

Das bedeutet, dass es Aufgabe der Jugendämter ist, allen Hinweisen (auch anonymen) oder einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen, sich die erforderlichen

Informationen einzuholen, Gefährdungseinschätzungen vorzunehmen und Schutzmaßnahmen für das Kind einzuleiten.

Dabei ist es unerheblich, wer das Jugendamt über Anhaltspunkte einer Gefährdung des Wohls des Kindes unterrichtet oder von wem die Gefahr ausgeht.

Die Jugendämter sind zudem verpflichtet, Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall Beratung durch "eine insoweit erfahrene Fachkraft" zu gewährleisten (§ 8b SGB VIII). Damit will der Gesetzgeber die fachlichen Interventionen qualifizieren.

Anspruch auf Beratung haben die in § 4 Absatz 1 KKG genannten Berufs- bzw. Amtsgeheimnisträger. Der örtliche Träger muss ein bedarfsgerechtes Beratungsangebot gewährleisten und die entsprechenden Berufsgruppen hierüber in Kenntnis setzen. Da es sich hierbei um Dienste und Berufsgruppen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe handelt, sind diese über Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz zu informieren. Im Absatz 2 soll die Qualifizierung des präventiven Kinderschutzes in Einrichtungen, welche nun einen Anspruch auf Beratung gegenüber dem Landesjugendamt geltend machen können, vorangetrieben werden.

Soweit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage steht, sollen Hilfen unter Beteiligung der Eltern und der Kinder entwickelt werden. Dabei stehen den Jugendämtern unterschiedliche Hilfemaßnahmen von präventiven Hilfen, über ambulante, teilstationäre bis stationäre Hilfen zur Verfügung.

Die Jugendamtsmitarbeiterinnen/-mitarbeiter trifft keine Pflicht, gegen Kinder begangene Gewalttaten bei den Strafverfolgungsbehörden anzuzeigen. Sie unterliegen vielmehr wie Ärztinnen und Ärzte der Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen, d. h. dass auch sie nur dann zur Datenweitergabe an die Polizei befugt sind, wenn die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 des Strafgesetzbuches vorliegen. Das ist dann gegeben, wenn die Informationsweitergabe an die Polizei ein angemessenes, geeignetes und erforderliches Mittel ist, um eine das Geheimhaltungsinteresse des Opfers wesentlich überwiegende Gefahr für Leib und Leben abzuwenden.

Familiengericht

Ist eine Kindeswohlgefährdung gegeben und sind die Eltern nicht bereit oder in der Lage, an der Abwendung der Gefährdung mitzuwirken, ruft das Jugendamt das Familiengericht an und setzt ein Verfahren gemäß § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Gang (s. Anhang). Ein solches Verfahren wird vom Familiengericht auch dann eingeleitet, wenn das Gericht aus anderen Quellen Kenntnis von einer Kindeswohlgefährdung hat. Es ist dann verpflichtet, den Sachverhalt "von Amts wegen" zu ermitteln.

Das Familiengericht kann beispielsweise Gebote aussprechen, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen. Es kann auch das Verbot für ein Elternteil anordnen, vorübergehend oder für unbestimmte Zeit, die Familienwohnung zu nutzen sowie sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder es kann die elterliche Sorge vollständig oder teilweise entziehen.

Besteht eine dringende Gefahr für das Wohl der Kinder und kann eine Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden, ist das Jugendamt zur Inobhutnahme des Kindes oder des/der Jugendlichen (§§ 8a Absatz 3, 42 SGB VIII) verpflichtet.

Polizei

Die Polizei hat, wenn es um körperliche oder seelische Misshandlung, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung von Kindern oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt durch Kinder oder Jugendliche geht, zwei Aufgaben: zum einen die Strafverfolgung und zum anderen die Gefahrenabwehr.

Sobald die Polizei Kenntnis von einer Straftat erhält, ist sie nach dem so genannten Legalitätsprinzip verpflichtet, ein Ermittlungsverfahren einzuleiten, das bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen und einem entsprechenden Nachweis zur Anklage durch die Staatsanwaltschaft und gegebenenfalls zu einer Verurteilung durch das Gericht führt (gesetzliche Regelungen s. Kapitel 8.8).

Die Polizei ist außerdem für die Verhinderung und Abwehr von Gefahren zuständig. So wird sie bei Gefahr im Verzuge subsidiär (hilfsweise) an Stelle des Jugendamtes tätig, wenn dieses nicht oder nicht rechtzeitig erreicht werden kann, um Gefahren für Leib, Leben und Gesundheit von Kindern abzuwenden. Darüber hinaus unterstützt sie das Jugendamt in Fällen, in denen Zwang angewendet werden muss.

Eine wichtige Aufgabe der Polizei ist die Verhütung von Gefahren. Dies wird im Bereich des Missbrauchs von Schutzbefohlenen, des sexuellen Missbrauchs und der Vernachlässigung von Kindern im Rahmen von Präventionsmaßnahmen umgesetzt.

Im Saarland ist grundsätzlich jede Polizeidienststelle zuständig, Strafanzeigen aufzunehmen.

Im Landespolizeipräsidium (LPP) werden Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern von der Direktion LPP 2, Dezernat LPP 213 - Straftaten gegen das Leben und die sexuelle Selbstbestimmung - bearbeitet.

Straftaten wie Misshandlung von Schutzbefohlenen und Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht fallen in die Zuständigkeit der Kriminaldienste.

Als Ansprechpartner für Präventionsmaßnahmen steht die Direktion LPP 2, Dezernat LPP 246 - Polizeiliche Kriminalprävention und Opferschutz - zur Verfügung.

4 Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Diagnostik als Prozess

Der Verdacht auf körperliche Misshandlung, seelische Misshandlung, Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch oder das Vorliegen elterlicher Partnerschaftsgewalt kann auf verschiedene Weise entstehen:

- aufgrund von körperlichen Symptomen, z.B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene oder eine Gedeihstörung
- aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, z.B. plötzlich eintretender Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug
- aufgrund von anamnestischen Angaben oder unvollständigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäuften Unfällen
- aufgrund einer gestörten familiären Interaktion, z.B. mangelnde Zuwendung der Eltern oder feindseligem Verhalten gegenüber dem Kind.

Wichtig ist eine dem Patientenalter angemessene Untersuchungssituation. Die Befunderhebung sollte in unauffälliger Form im Rahmen einer Untersuchung des gesamten Körpers des Kindes erfolgen. Erklären Sie alle Untersuchungsschritte und heben Sie immer auch das Positive der Untersuchung hervor. Bestätigen Sie dem Kind, dass es grundsätzlich gesund ist. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über seine Gewalterfahrungen frei sprechen kann, wenn es dies möchte. Spontane Aussagen des Kindes sollten möglichst wörtlich dokumentiert, aber auf keinen Fall interpretiert werden. Ermuntern Sie das Kind möglicherweise zum Weitersprechen, aber geben Sie keine geschlossenen Antworten oder Interpretationen vor.

Das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation sollte wahrgenommen und dokumentiert werden. Überängstliches Verhalten oder stark agitiertes oder übermäßig abwehrendes Verhalten in der Untersuchungssituation sollten Sie an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken lassen.

Bei Kindern unter 2 (bis 3) Jahren sollte bei begründetem Verdacht auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung ein Röntgen-Skelettscreening (Ganzkörperrentgen, vgl. Leitlinien der American Academy of Pediatrics zu "Diagnostic Imaging") und eine Funduskopie (Spiegelung des Augenhintergrundes, bevorzugt durch Augenarzt) durchgeführt werden.

Die Skelettszintigrafie darf nur komplementär, nie als alleinige oder Primärdiagnostik erfolgen. Bei neurologischen Symptomen und schwer verletzten Säuglingen ist eine zerebrale Bildgebung erforderlich, in der Regel aus pragmatischen Gründen akut ein CCT, danach sobald wie möglich und bei auffälligem Befund nach etwa 2 bis 3 Monaten ein MRT. Die Sonographie ist zum Ausschluss zerebraler Verletzungen als alleinige Methode nicht zulässig.

Mögliche Befunde haben forensischen Charakter und müssen angemessen dokumentiert werden, ohne die Kinder zusätzlich zu traumatisieren. Es sollten grundsätzlich Fotos mit Maßstab sowie eine zusätzliche Skizze mit Beschreibung angefertigt werden. Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation geben Ihnen die Schaubilder und Dokumentationsbögen im Kapitel 6.

4.2 Auswirkungen von Vernachlässigung

Unterscheiden kann man körperliche, seelische und soziale Auswirkungen. Meist liegen Probleme in mehreren Bereichen vor. Vernachlässigung findet in einem lang an

haltenden Prozess statt. Sichtbare körperliche und seelische Folgen treten in der Regel erst spät auf.

Körperliche Auswirkungen:

- Gedeihstörung (Wachstum, Gewicht, Länge, später auch Kopfwachstum, Kreuzen der Perzentilen)
- Unzureichende Pflege
- Massive Karies

Die Ursachen einer Gedeihstörung sind vielfältig (Nützenadel 2011) (1). Häufig besteht eine Kombination verschiedener Gründe. Im Rahmen der Kindesvernachlässigung entsteht die Gedeihstörung meist auf dem Hintergrund einer schweren seelischen Deprivation oder Depression des Kindes. Gelegentlich geschieht es auch durch bewussten Nahrungsentzug, z.B. als Disziplinierungsmaßnahme (Thyen 2008) (2).

Seelische Folgen

Fehlende Zuwendung und Verlässlichkeit in der Beziehung zu den Eltern, eine mangelnde Anregung und die kontinuierliche Fehleinschätzung von Ängsten und Belastungen beim Kind zusammen mit einem erheblichen Mangel an Konfliktlösungskompetenz (entweder "laissez-faire" oder rigide-autoritär) führen auf Dauer zu einer seelischen Vernachlässigung.

Im Extremfall führt das zu Deprivation und Hospitalismusschäden.

Sehr schwerwiegend sind die Folgen einer früh einsetzenden Vernachlässigung für die allgemeine Entwicklung und die seelische Gesundheit des Kindes. Nichtorganische Entwicklungsretardierungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, frühkindliche Depressionen und langfristige Störungen der psychosozialen Entwicklung (mit Bindungsstörungen, komplexen internalisierenden oder externalisierenden Verhaltensstörungen) können die Folge sein (Sroufe 2011; Thun-Hohenstein 2008) (3,4).

Angstauslösendes Elternverhalten ist in Studien als Prädiktor für ein späteres desorganisiertes Bindungsverhalten erkannt worden. Insbesondere wenn Eltern von Säuglingen gleichzeitig Anlass für Angst und andererseits ja die verfügbare Quelle der Fürsorge sind, hat das schwere psychische Folgen für die Bindungsentwicklung des Kindes (Abrams 2006) (5).

Soziale Vernachlässigung

Manche Kinder werden unzureichend vor alltäglichen Gefahren im Haushalt (Vergiftungen, Badeunfälle etc.) geschützt. Auch fehlt gelegentlich eine wirksame elterliche Aufsicht (und auch elterliches Interesse) beim Schulbesuch und im Freundeskreis; oder die Eltern bleiben unbeteiligt bei schwerwiegenderen Regelverstößen wie Delinquenz, Schulschwänzen, Drogen- oder Alkoholabusus.

Andere Kinder werden regelmäßig Zeugen von gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den Erwachsenen, auch dies schädigt die seelische Entwicklung des Kindes erheblich (Brisch 2009) (6).

Literatur zu 4.2

- (1) Nützenadel W.: Gedeihstörungen im Kindesalter. Deutsches Ärzteblatt 108 (38), 2011
- (2) Thyen, U., Johns, I.: Recognition and prevention of child abuse in Germany
In May-Chahal C & Herczog M: Child sexual abuse in Europe, Council of Europe, Publishing Strassburg, France S 70 – 100 (2003)
- (3) Scroufe, A., Coffino, B., Carlson, E.: Die Rolle früher Erfahrungen für die kindliche Entwicklung, Frühförderung interdisziplinär 30, 2011
- (4) Thun-Hohenstein, L.: Folgen von Gewalt am Kind. Monatsschrift Kinderheilkunde 156 (7), 2008

- (5) Abrams, K., Rifkin, A., Hesse, E.. Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational procedure. *Development and Psychopathology* 18 (2), 2006
- (6) Brisch, K.H.: Auswirkung häuslicher Gewalt auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern - Befunde aus der neurobiologischen Forschung. Frühe Hilfen bei häuslicher Gewalt. Tagungsdokumentation, Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2009

4.3 Wann sollte in der Kinderarztpraxis an eine Vernachlässigung gedacht werden?

Auf Seiten der Familie:

Häufige Arztwechsel, ausbleibende Arztbesuche bei schwerwiegenden Erkrankungen, Therapieabbrüche oder überwiegende Versorgung über Notfallambulanzen, Kinder ohne Versicherungsschutz.

Fehlende Teilnahme an präventiven Angeboten (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen).

Eine Kombination verschiedener Risikofaktoren (siehe oben).

Im Umgang mit dem Kind:

In der Praxis können die mangelnde emotionale Zuwendung, fehlende Reaktionen auf Signale des Kindes oder eine fehlende Wertschätzung auffallen. Die mentalen oder auch affektiven Fähigkeiten eines Kindes werden häufig wenig realistisch eingeschätzt. Manche Eltern bestrafen, indem sie die Kinder demütigen. Augenfällig sind unzureichende und schädliche "Beruhigungsversuche", z.B. über Dauermuckeln aus der Flasche oder ständigem Essen. Auch Disziplinarversuche können sehr inadäquat sein.

Eine frühkindliche Regulationsstörung betrifft immer die basalen kindlichen Grundbedürfnisse (nach Nahrungsaufnahme, Schlaf, Zuwendung und Autonomie). Verstricken sich Familien in einen sich verstärkenden Teufelskreis an negativer Interaktion, können anhaltende seelische Probleme im Sinne einer Bindungsstörung entstehen.

Auf Seiten des Kindes:

Regulationsstörungen, Gedeihstörung, erhebliches Übergewicht, Trotzverhalten, aggressives Verhalten, massive Karies, häufige Unfälle, unzureichender körperlicher Pflegezustand, nicht an die Witterung angepasste Kleidung, nichtorganische Entwicklungsstörungen.

Frühzeitige Intervention:

Sehr frühzeitig schon sollte bei einem Mangel an angemessenem elterlichen Verhalten interveniert werden. In der kinderärztlichen Praxis ist die Beurteilung und Unterstützung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung für Früherkennung von Vernachlässigung von herausragender Bedeutung. Die regelmäßigen Kontakte zu einer Familie, z.B. im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, erlauben dem Arzt eine stabile und persönliche, längerfristige Beziehung zu einer Familie aufzubauen. Nicht selten ist die Biographie der Eltern durch häufige Beziehungsabbrüche gekennzeichnet, eine solche stabile Arzt-Familien-Beziehung kann sich in der Zukunft als wertvoll herausstellen, wenn es einmal wirklich schwierig wird (Praxisleitfaden Kindesmisshandlung 2013) (1).

Literatur zu 4.3

- (1) Grundehewer, H.et al.: Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) 2013; [Link](#)

4.4 Körperliche Befunde

Symptome und Befunde, die auf körperliche Misshandlung deuten können, sind häufig nicht einfach zu bewerten. Die Kardinalfrage ist die der Plausibilität der Anamnese hinsichtlich der vorliegenden Verletzungen unter Berücksichtigung möglicher Differentialdiagnosen. Mit zunehmender Anzahl verdächtiger Befunde kann die Diagnose einer Misshandlung im Sinne eines Syndroms gestellt werden (Herrmann 2010, Jenny 2011) (1, 2).

Sie müssen in jedem Fall das unbedeckte Kind untersuchen. Besondere Beachtung verdienen die sogenannten Prädispositionsstellen wie die Regionen hinter den Ohren, der behaarte Kopf, die Schleimhäute der Wangen, die Innenseite der Lippen, das Lippen- und Zungenbändchen, die Oberarme, Thorax und die Anogenitalregion. Das knöchernen Skelett und insbesondere die langen Röhrenknochen sollten abgetastet werden. Notieren Sie auch das Verhalten und etwaige Aussagen des Kindes bei der Untersuchung.

Ursache von Verletzungen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern können im Rahmen von Spielen, Unfällen, aber auch Misshandlungen entstehen. Die Entscheidung, was im jeweils konkreten Fall zur Verletzung geführt hat, kann schwierig und aufgrund einer einzigen Untersuchung oft nicht getroffen werden. Daher kommt der Dokumentation von Befunden eine zentrale Rolle zu, weil dadurch im Zweifel die Entscheidung ohne Beweismittelverlust aufgeschoben werden und gegebenenfalls der weitere Verlauf mitberücksichtigt werden kann.

Jede Befunddokumentation ist zunächst nur Teil der Krankenunterlagen, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und präjudiziert in keiner Weise das weitere Vorgehen. Sie kann jedoch später enorm wichtig werden und dies sowohl im Sinne einer Entlastung als auch für eine Beweisführung nicht zuletzt zum Wohle des Kindes.

Was sollte bei Verletzungen grundsätzlich abgeklärt werden?

- Sind sie altersgerecht, spieltypisch oder auffällig im Verhältnis zur Lebhaftigkeit bzw. Geschwister- und Familiensituation usw.?
- Wie sollen sie zustande gekommen sein, ist dies hinsichtlich der geschilderten Abläufe plausibel?
- Wirken die Angaben aufrichtig oder werden nach und nach verschiedene Versionen vorgetragen?
- Welche Angaben macht das Kind spontan oder nach einer allgemeinen Frage nach dem Zustandekommen?
- Offene Fragen stellen, um eine später nicht mehr revidierbare Beeinflussung des Kindes zu vermeiden.

Zum weiteren Vorgehen (ein Bild ersetzt 1000 Worte!):

- (Digital-) Foto: zuerst Übersichtsaufnahme zur Festlegung der jeweiligen Körperregion
- Immer orthograd (senkrecht zur Körperoberfläche) fotografieren, schräge Blickwinkel (Lichteinfall) nur ergänzend wählen
- Immer Maßstab neben die Verletzung halten, ideal ist ein Maßstab mit 90 Grad-Winkel (vorzugsweise ABFO-Winkellineal, erhältlich unter www.krimtech.de)
- Weißabgleich
- Gegebenenfalls Nahaufnahmen einzelner Befunde zur Darstellung von Detailstrukturen.

Wichtig: Ein Foto zeigt nur die Form und Beschaffenheit, wegen möglicher Farbverfälschungen müssen jedoch insbesondere Farbschattierungen zusätzlich schriftlich dokumentiert werden.

Vorteile der Bilddokumentation:

- Foto ist sofort verfügbar, steht aber ebenso auch nach erfolgter Abheilung von Verletzungen noch zur Verfügung
- Es kann sowohl für eine sofortige, aber auch spätere konsiliarische Besprechung problemlos anonym digital übermittelt werden.

Nachteil:

- Es muss darauf hingewiesen werden, dass Fotos nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben.

Die Begutachtung der Verletzung im Sinne einer Differenzierung zwischen Misshandlung und anderen Ursachen ist bisweilen sehr schwierig. Der Austausch mit erfahrenen Kolleginnen/Kollegen kann hier sehr hilfreich für die Entscheidung des weiteren Vorgehens sein.

Das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Homburg sowie die Rechtsmedizin am Winterberg Klinikum (REMAKS) bieten hier im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten ihre Unterstützung an:

1. Vorstellung des Kindes nach Voranmeldung:
 - Universitätsklinikum Homburg: Telefon rund um die Uhr: 06841/162-6300. rechtsmedizin@uks.eu; www.rechtsmedizin-homburg.de
 - Rechtsmedizin am Klinikum Saarbrücken: Telefon 0681/963-29-13/ -14/-15. info@remaks.de, www.remaks.de
2. Übersendung von Fotos an Mitarbeiter des Institutes mit telefonischer Besprechung der Befunde unter Einbeziehung der bisher bekannt gewordenen Angaben und Beobachtungen.

Literatur zu 4.4

- (1) Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2. Überarb. Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York. 350 S. 160
- (2) Jenny C (2011): Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St. Louis

4.5 Formen von Verletzungen

Hämatome und andere Hautbefunde sind die Befunde, die in der täglichen Praxis am häufigsten im Zusammenhang mit Misshandlung vorkommen. Sie werden bei etwa 90 % der Misshandlungsoffer gefunden. Auf folgende Kriterien sollten Sie achten: Alter des Kindes, Lokalisation, Gruppierung, Häufung, Formung und bedingt Mehrzeitigkeit. Dabei ist zu beachten, dass die Alterszuordnung von Hämatomen aufgrund der Färbung nach neueren Daten nicht möglich ist (Maguire 2005) (1). Bei kleinen nicht-mobilen Säuglingen werden nur in 2,2 % tatsächlich unfallbedingte Hämatome gefunden (0,6 % unter 6 Monaten, 1,7 % unter 9 Monaten – Sugar 1999 (2)). Somit sind Hämatome bei prämobilen Säuglingen ohne plausible Erklärung per se verdächtig.

Hinweisend für Misshandlung sind Hautbefunde (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen). Misshandelte Kinder weisen oft eine hohe Anzahl und Gruppierung von Hämatomen auf, die bei Unfallstürzen nur in Zusammenhang mit Gerinnungsstörungen gefunden werden. Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, Kieferwinkel, Hals, Nacken, am Gesäß, am Rücken, im Brustbereich und auf dem Bauch, Innenseite der Ober- und Unterarme, Handrücken, Ober- und Unterschenkel dorsal und Anogenitalbereich eher auf Misshandlung hin. Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen die eher vorne gelegenen knöchernen Prominen-

zen ("Leading edges") wie Ellenbogen, Hüften, Becken, Knie und Schienbeine, am Kopf die Stirn, Schläfe, Nase, Kinn sowie die Handinnenseiten und der Unterarmrücken.

Gelegentlich sind diese Hämatome geformt und lassen auf einen Schlaggegenstand (z. B. Handabdruck) schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen. Auch Kratz- und Bisswunden sind oft Hinweise auf Misshandlung. Bissverletzungen sind oval geformt und haben im Gegensatz zu den eher rissartigen Tierbissen einen gequetschten Charakter. Ein Abstand von mehr als 3 cm zwischen den abgezeichneten Eckzähnen ("intercaniner Abstand") spricht für einen erwachsenen Täter (Maguire 2013) (3).

Besonders schwerwiegende Folgen haben nichtakzidentelle Kopf- und Gehirnverletzungen, insbesondere das "Schütteltrauma-Syndrom". Es wird überwiegend, aber nicht ausschließlich, bei Kindern im ersten Lebensjahr gefunden. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und heftig geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her, und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut sowie unzählige Nervenverbindungen im Gehirn (diffuses axonales Trauma) ein. Meist kommt es auch zu Blutungen der Netzhaut, die in der Regel sehr ausgeprägt und mehrschichtig sind. Gelegentlich kommt zum Schütteln, das zu erheblichen Rotationskräften führt, als zusätzlich pathogener Mechanismus auch noch das Aufschlagen des Kopfes an einem Gegenstand hinzu, was die Folgeschäden deutlich verstärkt.

Insbesondere Säuglinge mit unklaren neurologischen Auffälligkeiten oder Blutbeimengungen bei einer Liquorpunktion müssen den Verdacht auf ein Schütteltrauma erwecken. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intrakraniellen Drucks durch ein Hirnödem, wobei das Kind bewusstlos wird und zu krampfen beginnt. Selten kommt es beim Schütteltrauma zu einem raumfordernden subduralen Hämatom, was dann eine sofortige neurochirurgische Intervention erfordert.

In der Regel fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen. Die Symptome des Schütteltraumas sind vielfältig. Akut kommt es zu Benommenheit, Schläfrigkeit, Trinkschwäche, Muskelhypotonie bis hin zur Bewusstlosigkeit sowie zu Erbrechen und zu Krampfanfällen. Zusätzlich sind gelegentlich Griffmarken an Brustwand und Armen oder diskrete Prellmarken am Kopf zu beobachten.

Die Prognose ist schlecht: 15 - 20 % der Opfer sterben, bei etwa 60 % der Überlebenden resultieren oft ausgeprägte neurologische Störungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder Anfallsleiden. Forensisch wichtig ist, dass die Opfer bei schweren Formen aufgrund der diffusen Gehirnschädigung sofort symptomatisch sind, also kein symptomfreies Intervall wie bei isolierten und allmählich zunehmenden subduralen Blutungen haben. Auch wenn die Tat meist im Affekt passiert, ist nach Einschätzung der American Academy of Pediatrics und vielen Aussagen geständiger Täter, ihnen der potenziell lebensgefährliche Charakter des Schüttelns bewusst (AAP 2001, Herrmann 2008, Maguire 2009) (4, 5, 6).

Augenverletzungen können auf Misshandlung hinweisen, beispielsweise konjunktivale und periorbitale Einblutungen oder Einblutungen in die Vorderkammer des Auges. Ausgeprägte retinale Blutungen, Glaskörperblutungen oder Netzhautablösungen ohne Schilderung eines erklärenden Unfallmechanismus sind nahezu beweisend für eine Misshandlung. Feine flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zugeedrückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgte. Flächenhafte Blutungen sind Folgen eines direkten Schlages auf das Auge.

Bei Verbrennungen und Verbrühungen lässt ein dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster der Läsionen an Misshandlung denken. Unfallbedingte Verbrühungen entstehen, z. B. wenn ein Kleinkind ein Gefäß heißer Flüssigkeit vom Tisch herunterzieht. In diesem Fall sind Hals, Brust, Schultern und Gesicht betroffen und die Verbrühungen unregelmäßig ("Spritz- und Tropfmuster"). Wenn ein Kind absichtlich in ein heißes Bad gesetzt wird, sind Gesäß und Hände gleichzeitig oder Hände

und Füße gleichzeitig betroffen. Typisch für diese auch Immersionsverbrühung genannten Verletzungen ist das sogenannte scharf abgegrenzte "Handschuh- oder Strumpfmuster". Dieses Verletzungsmuster kann nicht entstehen, wenn das Kind selbständig in die Badewanne steigt. Dabei ist meist nur eine Hand oder ein Fuß betroffen und die Verbrennungsränänder durch den starken Schmerz nicht so regelmäßig wie bei der Immersion. Sie sollten sich bei jeder Verbrühungsverletzung den genauen Hergang schildern lassen und den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen (Maguire 2008) (7).

Kreisförmige Verbrennungen am Handteller, unter den Fußsohlen und am Bauch mit etwa 8 mm Durchmesser können durch Zigaretten verursacht sein. Nicht akzidentelle Verbrühungen und Verbrennungen sind oft symmetrisch, scharf begrenzt und bilden zum Teil die Form eines heißen Gegenstandes ab.

Bei Skelettverletzungen ist zu beachten, dass äußere Schwellungen und Hautblutungen selten vorhanden sind. Die meisten gefundenen Frakturen sind Zufallsbefunde oder Ergebnis des Röntgen-Skelett-Screenings. Wenn ein völlig ruhiges Kind wieder schreit, wenn es hochgenommen oder gefüttert wird, kann unter Umständen ein Rippenbruch vorliegen, der von außen nicht erkennbar ist.

Multiple Brüche verschiedenen Alters sowie periostale Reaktionen in unterschiedlichen Heilungsstadien sind hochverdächtig auf Misshandlungen. Häufig betroffen sind Rippen und lange Röhrenknochen. Metaphysäre Frakturen entstehen durch Scherkräfte beim Schütteln. Histologisch lassen sich dabei komplette Abscherfrakturen der Metaphyse nachweisen, die lediglich im Röntgenbild artifiziell als "Eckfrakturen" oder Pseudoabsprengungen imponieren. Ebenso wie Epiphysenablösungen sind sie bei normaler Knochenstruktur nahezu beweisend. Beide werden auch bei schweren Unfällen fast nie gefunden. Schädelfrakturen, die über mehrere Nähte verlaufen, ein weiter Frakturspalt (> 3 mm), Impressions- oder komplexe Trümmerfrakturen ohne entsprechende Vorgeschichte und wachsende Frakturen sind hochverdächtig auf eine Misshandlung. Wenn zu solchen Schädelfrakturen noch verschieden alte und verschieden lokalisierte Hämatome am übrigen Körper und/oder ältere Frakturen anderer Skelettanteile hinzukommen, kann die syndromale Diagnose einer Kindesmisshandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gestellt werden, auch wenn dies von den Eltern verneint wird.

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern unter 18 Monaten (Ausnahme: akzidentelle Toddler's Fracture) muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden. Hierfür sind erhebliche Kräfte erforderlich, die durch banale Stürze oder "Einklemmen" in Bettgitterstäben nicht erreicht werden.

Die Verkalkung an der Bruchstelle (Kallusbildung) setzt innerhalb der ersten Woche nach der Verletzung ein und ist nach 10 bis 14 Tagen auf dem Röntgenbild nachweisbar. Daher ist es wichtig, bei dringendem Verdacht auf Misshandlung die Röntgenaufnahmen nach zwei Wochen zu wiederholen oder zusätzlich eine Skelettszintigrafie durchzuführen. Das Ganzkörper-MRT hat sich gegenüber dem Skelettscreening als nicht überlegen erwiesen. Aufgrund der hohen Aussagekraft der beschriebenen Frakturmerkmale ist bei Kindern unter zwei (bis drei) Jahren das Röntgen-Skelett-Screening bei entsprechendem Verdacht zu veranlassen. Danach sind Röntgenaufnahmen aufgrund der wesentlich geringeren Ausbeute nur bei entsprechendem klinischem Verdacht gerechtfertigt (Kemp 2008) (8).

Bei Misshandlung können innere Verletzungen des Bauchraumes oder Brustkorbes entstehen, die durch stumpfe Schläge auf den Leib verursacht werden. Innere Verletzungen sind seltener als andere Misshandlungsverletzungen und schwer zu erkennen, weil meist keinerlei Hautbefunde auftreten. Andererseits können sie dadurch sehr gefährlich werden. Sie sind die zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Misshandlung. Im Einzelnen kommen vor:

- Hämatome der Darmwände (intramurale Duodenal- und Jejunalhämatome), die sich fast nie bei Unfällen finden

- Magen- oder Dünndarmperforationen
- Einrisse des Mesenteriums
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauspeicheldrüseneinrisse und -einblutungen
- Lungenverletzungen, Brustkorb- und Herzbeutelblutungen (Hämatothorax und Hämatoperikard).

Klinisch imponieren anhaltendes Erbrechen, Schmerzen, ein aufgetriebener Bauch, Ausbleiben der Darmgeräusche, Störungen des Stuhlgangs, Entzündungen des Bauchfells und Schock (Maguire 2013 b) (9).

An Vergiftungen ist bei folgenden Symptomen zu denken: Müdigkeit, Apathie, Abwesenheit, Gangunsicherheit und Bewusstlosigkeit. Vergiftungen kommen bei Säuglingen und Kleinkindern aus folgenden Gründen vor:

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

Literatur zu 4.5

- (1) Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A.: Can you age bruises accurately in children? Archives of Disease in Childhood. 2005;90(2):187-189
- (2) Sugar N, Taylor J, Feldman K, and The Puget Sound Pediatric Research Network (1999): Bruises in infants and toddlers; Those who don't bruise rarely bruise. Arch Pediatr Adolesc Med 153:399
- (3) Maguire S, Mann M.: Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—what have we learnt: an overview of review updates. Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal. 2013a;8:255–263
- (4) AAP (America Academy of Paediatrics). Kellogg ND and the Child Abuse and Neglect (2007): Evaluation of Suspected Child Physikal Abuse, Pediatrics 2007; 119: 1232-1241
- (5) Herrmann B, Novak W, Pärtan G, Sperhake J (2008): Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom. Klinische und pathophysiologische Aspekte. Monatsschrift Kinderheilkunde 156:644–653
- (6) Maguire SM, Pickerd N, Farewell D, Mann MK, Tempest V, Kemp AM.: Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. Archives of Disease in Childhood. 2009;94(11):860-867
- (7) Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM.: A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. Burns. 2008;34(8):1072-1081
- (8) Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S., Mann M, Rolfe K, Datta S, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S.: Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. British Medical Journal. 2008;337:a1518
- (9) Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, Lumb RC, Kemp AM.: A systematic review of abusive visceral injuries in childhood - Their range and recognition. Child Abuse and Neglect. 2013b;37(7):430-445

4.6 Kindesmisshandlungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich

Bei der Identifikation und Diagnose von Kindesmisshandlungen spielen Zahnärztinnen und Zahnärzte eine wichtige Rolle. Vernachlässigung von Kindern zeigt sich häufig in einem desolaten Gebisszustand. Auch Misshandlungen werden oft in der Zahnarztpraxis sichtbar.

Kindesmisshandlung in Form von Vernachlässigung bereits im frühen Kindesalter stellt die "frühkindliche Karies" an den Milchzähnen dar: sie ist wesentlich verursacht durch das Trinken von zuckerhaltigen Getränken, die den Kleinkindern mit der Babyflasche oder Trinklermtasse Tag und Nacht gereicht werden. Beginnend mit den oberen Milchschneidezähnen kann diese Trinkgewohnheit zur vollständigen Zerstörung aller Milchzähne führen. Beim häufigen Genuss von Fruchtsäften und Softgetränken verläuft dieser Prozess besonders rasant, weil die Fruchtsäuren die Zahnoberfläche sehr schnell angreifen. Vernachlässigung ist auch bei ausgeprägter Karies der Milch- und bleibenden Zähne bei älteren Kindern und Jugendlichen anzunehmen.

Oberlippe, Stirn und Kinn sind zwar typische Stellen für unfallbedingte Verletzungen, jedoch können sie dort auch durch Misshandlung verursacht sein. Hinzu kommen Zahnfrakturen, Zahnintrusionen, Zahnluxationen, Einblutungen in die Mundschleimhaut und die Augen sowie Verletzungen des Lippenbändchens und der Wangen. Bissmarken sind ein weiterer möglicher Aspekt von Kindesmisshandlungen.

Entscheidend für die Diagnosestellung einer Misshandlungsfolge ist, dass die Zahnärztin/der Zahnarzt bei atypischen Befunden bzw. Widersprüchen von Befund und anamnestischen Angaben überhaupt an die Möglichkeit einer Misshandlung als Ursache denkt.

Zahnärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlung oder Gewalteinwirkung bei Kindern:

Neben der eingehenden Untersuchung sollten die Ursachen bestehender Schäden/Verletzungen hinterfragt werden und eine gerichtsfeste Dokumentation der Verletzungen (Benutzung des Dokumentationsbogens forensische Zahnmedizin!) zur Diagnose-sicherung erstellt werden.

Je nach Art und Schwere der Kindesmisshandlung sollte ein Gespräch und eine Beratung der Erziehungsberechtigten erfolgen mit Wiedereinbestellung zur Verlaufsbeobachtung. Ggf. sollten Konsiliarärzte (Kinderärzte, Rechtsmediziner u.a.) oder auch das Jugendamt eingeschaltet werden oder an andere Hilfseinrichtungen verwiesen werden.

Details zum Vorgehen und zur Dokumentation finden Sie unter Kapitel 6.8.

4.7 Verdacht auf sexuelle Gewalt

Bei der Untersuchung sollten Sie beachten, dass das betroffene Kind eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden. Erklären Sie dem Kind die Untersuchungsschritte. Sie sollten offen über das Thema sprechen können und sich nicht überängstlich verhalten. Weigert sich das Kind, so sollte es Zeit bekommen, mit der Situation vertrauter zu werden oder zu einem erneuten Termin zu erscheinen. Narkoseuntersuchungen sind bei fehlender Compliance nur ausnahmsweise bei akuten, blutenden Verletzungen oder bei mit hoher Wahrscheinlichkeit forensisch relevanten Befunden indiziert. Ansonsten ist die Untersuchung gegen den Willen des Kindes kontraindiziert.

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch ist immer eine Erhebung eines Ganzkörperstatus. Bei der pädiatrischen Allgemeinuntersuchung werden insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind, genau untersucht, wie z. B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite. Wenn der Arzt mit den Besonderheiten der genitalen Befunderhebung vertraut ist, kann er einen Genitalstatus erheben, der vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion mit verschiedenen Techniken und Untersuchungspositionen besteht. Eine instrumentelle gynäkologische Untersuchung mit Vaginoskop oder Spekulum ist außer bei akuten, blutenden Verletzungen (in Narkose) präpubertär kontraindiziert und bei Teenagern möglich, aber meist nicht erforderlich. Es wird auf frische oder

alte Verletzungen, Einrisse und gegebenenfalls Spermaspuren untersucht und insbesondere die Konfiguration des Hymenalsaums beurteilt. Die Inspektion bei einem Mädchen umfasst neben dem Gesamtaspekt des Genitalbereiches (und der körperlichen Entwicklung), die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen, die Inguinalregionen sowie die Analregion. Neben der Separationstechnik muss obligat die Traktionsmethode der großen Labien erfolgen, um eine ausreichende Entfaltung der tiefer liegenden Strukturen zu gewährleisten. Da bei beweisenden Befunden der Nachweis in allen Untersuchungstechniken gefordert wird, ist auch die Knie-Brust-Lage durchzuführen. Auch sie ist allerdings an die Compliance des Kindes gebunden. Nur bei Ausfluss in der Vorgeschichte oder während der Untersuchung oder bei zurückliegender Penetration ist die Abnahme von Kulturen auf sexuell übertragbare Erkrankungen indiziert (Herrmann 2002, 2010, Adams 2011, Kaplan 2011, American Academy of Pediatrics 2013) (1, 2, 3, 4, 5).

Wenn Sie sich als Arzt durch eine exakte kindergynäkologische Untersuchung überfordert fühlen, sollten Sie eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung in einer spezialisierten Klinik oder Praxis durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen mit einer Zusatzausbildung anstreben.

Obwohl Jungen gleichermaßen zu Opfern sexueller Übergriffe werden können, finden sich bei ihnen noch seltener hinweisende Befunde. Es wird neben der Analregion der Penis, das Skrotum und die Hoden auf Hämatome und andere Verletzungen untersucht.

Bei präpubertären Kindern ist nach 24 Stunden kein Nachweis von Sperma zu erwarten, sondern das Augenmerk der forensischen Untersuchung auf die beim Übergriff getragene Kleidung des Kindes oder etwaige Bettlaken zu richten. Hat ein Übergriff bei Adoleszenten in den letzten 48 bis 72 Stunden stattgefunden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um forensische Befunde, insbesondere Spermaspuren zu sichern (s. Kapitel 5).

Beim sexuellen Missbrauch gibt es nur bei 5 - 10 % der Opfer hinweisende und noch seltener beweisende Befunde. Grund dafür ist, dass viele sexuelle Handlungen nicht zu einer Verletzung führen, dennoch seelisch erheblich schädigend sein können. Daneben besteht eine enorme Heilfähigkeit der anogenitalen Gewebe, so dass bei der meist verzögerten Vorstellung der Kinder auch signifikante Verletzungen (einschließlich des Hymens!) vollkommen verheilen können. Als spezifische Symptome gelten alle Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese. Dazu gehören Hämatome, Quetschungen, Striemen, Einrisse, Narben und Bisswunden. Insbesondere die Unterbrechung des Hymenalsaums bis zur Basis hat eine hohe diagnostische Aussagekraft. Die entsprechenden Differenzialdiagnosen und Normenvarianten sind unbedingt zu beachten um folgenschwere Fehlbewertungen zu vermeiden (Herrmann 2002, 2010, Kaplan 2011) (1, 2, 4).

Im Zusammenhang mit dem Verdacht bzw. der Anschuldigung des sexuellen Missbrauchs bleiben allerdings auch immer wieder Beweisfragen ungeklärt. Beispielsweise ist aus diversen Literaturangaben (beispielsweise bei schwangeren Teenagern - Kellogg 2004 (6)) bekannt, dass keineswegs jedes Einführen eines männlichen Gliedes bzw. intravaginale Manipulationen zwangsläufig mit dem Zerreißen des Jungfernhäutchens oder mit sichtbaren Verletzungen im Scheidenbereich einhergehen. Die Intaktheit des Hymens schließt wie insgesamt das Fehlen auffälliger Befunde die Möglichkeit des sexuellen Missbrauchs (auch mit Einführen des Penis bei Adoleszenten) nicht aus.

Bei den sexuell übertragbaren Krankheiten sind nach Ausschluss einer Übertragung in der Neugeborenenperiode die Gonorrhoe, Syphilis und HIV beweisend für sexuelle Gewalt. Infektionen mit Trichomonaden jenseits des ersten sowie von Chlamydien jenseits des dritten Lebensjahres sind ebenfalls starke Hinweise. Condylomata accuminata (Feigwarzen) sind vor der Geschlechtsreife des Kindes möglicherweise Folge von Missbrauch - oft ist der Infektionsweg aber nicht zu klären, so dass aus der Infektion allein keine Diagnose gestellt werden darf. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät muss man immer an die Folgen eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es

noch unspezifische Symptome, die ebenfalls bei einem Missbrauch entstehen können, wie rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis. Sie sind jedoch ungeeignet die Diagnose zu stellen. Bei akuten Übergriffen sind die möglicherweise erforderlichen Prophylaxen (Geschlechtskrankheiten, HIV, Schwangerschaft) zu beachten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sexueller Missbrauch in der Regel durch eine körperliche Untersuchung nicht eindeutig diagnostizierbar ist. Dennoch kann die Untersuchung für die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen eine psychisch erhebliche entlastende Funktion hinsichtlich der Intaktheit und Normalität ihres Körpers haben. Daher ist eine einfühlsame und dem Alter des Kindes angepasste Untersuchung immer anzustreben. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollten Sie sich – falls erforderlich – von erfahrenen Kollegen oder multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen, damit die Abklärung im Sinne des Kindes optimal verläuft und Schutz vor weiteren Übergriffen gewährt. Damit wird das Kind vor einer Retraumatisierung durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln geschützt (Herrmann 2010) (2).

Literatur zu 4.7

- (1) Herrmann, B., Navratil, F., Neisses, M.: Sexueller Missbrauch bei Kindern - Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik, Monatsschrift Kinderheilkunde 150: 1344 –1356, 2002
- (2) Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2. Überarb. Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York. 350 S. 160 Abb
- (3) Adams JA (2011) Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: 2011 Update. J Child Sexual Abuse 20:588-605
- (4) Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis
- (5) AAP (American Academy of Pediatrics). AAP Clinical Report on the Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics 2013;132:e558 – e567
- (6) Kellogg ND, Menard SW, Santos A (2004). Genital anatomy in pregnant adolescents: "Normal" does not mean "Nothing happened." Pediatrics;113:e67-69; [Link](#)

4.8 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Die Erhebung des psychischen Befundes gehört weder in der Praxis noch in der Klinik zum diagnostischen Alltag. Es empfiehlt sich bei Verdachtsmomenten die Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendlichenpsychiaters oder –psychotherapeuten.

Seelische Gewalt, aber auch körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt können sich durch Verhaltensauffälligkeiten, psychische bzw. emotionale Symptome wie auch durch psychosomatische Beschwerden ausdrücken.

So können in der Praxis häufig zu beobachtende Symptome wie rezidivierende Bauchschmerzen, Übelkeit mit Erbrechen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder plötzliche Schulphobie auch Hinweise auf Gewalterfahrungen wie Vernachlässigung, Misshandlungen, Missbrauch oder Miterleben elterlicher Gewalt sein.

Bauchschmerzen, Schlafstörungen oder Pavor nocturnus treten insbesondere bei Klein- und Schulkindern als psychosomatische Reaktion auf das Miterleben von elterlichen Konflikten, Mobbing oder auch Missbrauch auf und sollten nach Ausschluss organischer Ursachen daran denken lassen. Bei Jugendlichen stehen eher Kopfschmerzen, depressive Verstimmungen und Schulängste im Vordergrund. Gerade in der heutigen Zeit der sozialen Netze und Handys mit Videoaufzeichnungen sind Cyber-Mobbing und Happy Slapping keine Seltenheit. Laut Unicef-Bericht zur Lage der Kinder in Industrieländern 2013 haben 30 Prozent der Jugendlichen Mobbing-Erfahrungen (Straube 2013, Office of Research 2013) (1, 2)

Es ist oft schwierig, die eventuell dahinter liegende Gewalt zu diagnostizieren, da die Verhaltensauffälligkeiten keinen spezifischen Charakter besitzen, sondern als Folge jeder Art der genannten Gewalterfahrungen auftreten und auch andere Ursachen jenseits von Gewalterfahrungen haben können. Es ist jedoch möglich, zumindest einen Verdacht zu erhärten.

In der Literatur wird eine Vielzahl von diagnostischen Hinweisen auf Gewalterfahrungen gegeben, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind (Eggers, 1994) (3)

Wichtig zu beachten: Jedes Kind reagiert auf Misshandlung unterschiedlich, in Abhängigkeit von Merkmalen wie Alter, Zeitdauer der Misshandlungen, Häufigkeit und Schwere der Misshandlungen, Beziehung des Kindes zum Täter, Art der Misshandlung, verfügbarer sozialer Unterstützung und allgemeiner Widerstandsfähigkeit oder Verwundbarkeit des Kindes.

Kinder, die eine Form der Misshandlung erlebt haben, unterliegen auch einem erhöhten Risiko, andere Misshandlungsformen zu erleben.

4.8.1 Auswirkungen auf Verhalten und seelische Gesundheit

Mögliche Verhaltensweisen von misshandelten Kindern:

- Schikanieren, körperliche Aggressionen und Beleidigungen Gleichaltriger oder Erwachsener
- Rückzug von Gleichaltrigen und von sozialen Kontakten, insgesamt schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Trennungsschwierigkeiten
- Oppositionelles und verweigerndes Verhalten gegenüber Autoritätspersonen, vor allem gegenüber Elternteilen
- Erhöhte verbale Aggressivität, Widersprechen
- Bettnässen, Einnässen tagsüber, Babysprache oder anderes Verhalten wie bei jüngeren Kindern
- Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule
- Appetitverlust oder Veränderung des Essverhaltens, Gedeihstörung von Kleinkindern
- Alpträume, Schlaflosigkeit oder andere Schlafprobleme
- Von zu Hause weglaufen
- Rollenumkehrung: Einnehmen einer elterlichen Rolle

Mögliche Verhaltensweisen von misshandelten Jugendlichen:

- Körperlicher, verbaler oder sexueller Missbrauch von Partnern
- Opfer von körperlicher, verbaler oder sexueller Misshandlung durch Partner zu werden
- Gewalt gegenüber Eltern, Nachahmen des Täters
- Drogen- und Alkoholmissbrauch
- Schlechte Gleichaltrigenbeziehungen und ungünstiger Umgang mit anderen Jugendlichen

Chronische emotionale Misshandlungsfolgen von Kindern und Jugendlichen:

- Erhöhte Nervosität, Angst und Furcht
- Depressive Verstimmung und Suizidgedanken
- Unsicherheit
- Das Gefühl, für Geschwister verantwortlich zu sein
- Übertriebene Sorgen um die Sicherheit anderer
- Scham

- Angst vor normalen Auseinandersetzungen
- Phantasien, den Misshandler zu verletzen oder ihm entgegenzutreten
- Der Wunsch, genauso viel Macht zu haben wie der Misshandler

Misshandlung kann auch ganz erhebliche Spätfolgen nach sich ziehen wie z.B. ein erhöhtes Risiko kriminell zu werden, Suizid zu begehen, Sexualstraftaten zu begehen oder Drogen und Alkohol zu missbrauchen. Es gibt auch ein erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter verzerrte Überzeugungen hinsichtlich zwischenmenschlicher Beziehungen, persönlicher Verantwortung, Gewalt und Aggression oder sexuellen Rollenerwartungen zu entwickeln.

4.8.2 Traumafolgestörungen mit Krankheitswert

Je nach Stärke der Schädigung bleiben auch trotz wirksamen Schutzes und angemessener Unterstützung Schädigungen bestehen (Krüger 2006) (4).

Traumatische Lebenserfahrungen in der Kindheit stören die gesamte Entwicklung besonders tiefgreifend und verändern in besonderem Maße die Einstellungen zu sich selbst und zur Umwelt. Im Unterschied zu Erwachsenen ist die kindliche Entwicklung beim Eintritt der potentiell traumatisierenden Situation noch nicht abgeschlossen. Die Bewältigung der für die jeweilige Altersstufe spezifischen Entwicklungsaufgaben kann durch das traumatische Erleben erschwert oder verhindert, bereits bestehende Entwicklungsschwierigkeiten können vergrößert werden. Einen weiteren Unterschied zu den Erwachsenen bildet der Umstand, dass Kinder bei der Verarbeitung des Traumas aufgrund ihres Alters nicht in der Lage sind, auf einen längeren Zeitraum positiver Erfahrungen zurückzugreifen.

Klinische Erfahrungen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigen, dass sie auf potentiell traumatogene Lebensereignisse mit (teils) anderen Symptommustern reagieren, als dies bei Erwachsenen zu erwarten wäre. Zwar finden sich auch psychobiologische Reaktionsmuster wie Übererregung und vegetative Symptome, Vermeidungsverhalten sowie wiederkehrende intrusive Erlebensweisen auch bei Kindern und Jugendlichen.

Bei Kindern im Alter 3 bis 5 Jahren zeigten sich Symptome des traumatischen Wiedererlebens in ca. 80 % der Fälle, erhöhten Erregungsniveaus in 90 % der Fälle und Vermeidungsverhaltens in 3 % der Fälle (Levendosky et al. zitiert nach Kindler 2006) (5).

Ältere Kinder zwischen 7 und 12 Jahren weisen traumatisches Wiedererleben in ca. 50 % der Fälle, erhöhte Erregungsniveaus in 40 % der Fälle und Vermeidungsverhalten in 20 % der Fälle auf (Graham-Bermann & Levendosky, 1998 zitiert nach Kindler) (6).

Ähnlich starke Traumatisierungen wurden bei Kindern nach Verkehrsunfällen oder Hundeattacken gefunden und höhere Werte nach dem Miterleben eines gewaltsamen Todesfalles in der Familie (Kindler Seminarunterlagen DRA, 2006) (7).

4.8.3 Besonderheiten verschiedener Entwicklungsstufen

Säuglinge und Kleinkinder:

Schon bei Säuglingen kann es durch mütterlichen Stress / Traumatisierung in der Schwangerschaft zu einer Beeinflussung der fetalen Hirnentwicklung kommen. Sie reagieren äußerlich sichtbar z.B. mit Fütterstörungen und Schreien. Bereits erlernte Selbstberuhigungsmechanismen (Autostimulationen wie Selbstberührungen, Dauernlutschen etc.) oder Trost von emotional relevanten Bezugspersonen reichen nicht mehr aus, um die psychobiologischen Spannungszustände in der traumatischen Situation zu kompensieren.

Die primäre Bezugsperson ist insbesondere für den Säugling ein "emotionales Sprachrohr" für äußere Bedrohung. Die zunächst von der Elternperson erlebte Angst überträgt sich auf das Baby. Es erlebt die Welt noch wie im Spiegel des elterlichen Antlitzes, die primäre Bezugsperson baut sozusagen eine Affektbrücke zum Säugling, sie ist Teil seines Affektregulationssystems. Entsprechend traumatisch-überflutend können bedrohliche emotionale wie physische Einschläge auf dieses labile dyadische System einwirken.

Kleinkind bis Schulalter

Auch bei Kindern bis zum Grundschulalter finden wir intrusive Erlebensweisen, die sich aber oftmals eher in einem so genannten "traumatischen Spiel" wieder finden. Das Beziehungsverhalten des Kindes kann nach einer traumatischen Lebenserfahrung dramatisch verändert sein. Das Kind zeigt sich scheu, ängstlich und sozial zurückgezogen. Der Kontakt zu Gleichaltrigen ist im zeitlichen Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis verändert oder gestört. Sozialen Situationen wird ängstlich begegnet. Der natürliche Drang des Kindes zur Exploration seiner Umwelt erscheint aufgehoben zu sein. Gefühle sind durch das Kind weniger zu kontrollieren, es kommt zu Gefühlsausbrüchen von Wut, Trauer oder Verzweiflung. Andere Kinder reagieren mit einer "frozen watchfulness", wirken in Panik erstarrt, ängstlich und leer. Viele Kinder reagieren mit motorischer Unruhe, ziellosem Verhalten und Konzentrationsstörungen.

Auch akut einsetzende Appetitstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen entstehen nicht selten im Zusammenhang mit belastenden bis traumatischen Lebenserfahrungen.

Daneben finden sich bei jüngeren Kindern kindstypische Reaktionsmechanismen, die aus der psychobiologischen Abhängigkeit des Kindes von der primären Bezugsperson ableitbar sind. Regressive kindliche Symptome sind nicht selten auf Fürsorgereaktionen der Eltern ausgerichtet. Beispielsweise ist ein schulreifes Kind nach einer traumatischen Lebenserfahrung plötzlich wieder anhänglich und zeigt altersuntypische Ängste (vor Trennung, Pavor nocturnus, Angst vor fremden Personen etc.). Ein Kindergartenkind beginnt wieder chronisch nächtlich einzunässen, ein sozial kompetenter Grundschüler zeigt dissoziale Tendenzen mit aggressiven Impulsdurchbrüchen sowie 'Hyperaktivität'.

Selbstverletzende Verhaltensweisen (hierzu zählen z.B. auch Trichotillomanie oder parasuizidales Risikoverhalten) im Zusammenhang mit Schuldgefühlen ob einer vermeintlichen Vermeidbarkeit der traumatischen Situation finden sich bei Kindern aller Altersstufen.

Alle Altersstufen

Jugendliche Patienten versuchen nicht selten, innerpsychische Spannungszustände nach traumatischen Lebenserfahrungen mittels Drogenkonsum selbst zu 'behandeln'. (Krüger 2006) (4).

Eine detaillierte Auflistung der altersspezifischen Symptome findet sich in Tabelle 15.

Psychische Belastungen und Stress in früher Kindheit können auch langfristig negative Folgen sowohl auf der Verhaltens- als auch auf neurobiologischer Ebene mit sich bringen. So können sie in späteren Jahren noch Einfluss auf Krankheit und Gesundheit haben. In der Kindheit auftretende Traumata gelten als Risikofaktoren für die Entstehung vielfältiger psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter (Spitzer 2013) (8).

Auch und gerade in Fällen des ohnmächtigen Miterlebens elterlicher Partnerschaftsgewalt oder eigener Misshandlung sind Kinder "oft bis hin zur Selbstaufgabe an jene Erwachsene gebunden, die sie in ihrer Selbstachtung und Integrität verletzt und ihre Entwicklungsbedürfnisse missachtet haben" (Zittelmann 2006) (9).

Eine solche krankmachende aber dennoch intensive Bindung verhindert die normale Autonomieentwicklung. Auf den ersten Blick ist sie nicht ohne weiteres von "normaler"

Bindung zu unterscheiden. Bei genauerem Hinschauen lassen sich aber meist extreme Formen der Anpassung (Klammern, Hörigsein) oder Überanpassung und Panikreaktionen bei normalen Auseinandersetzungen erkennen. Darüber hinaus verursacht eine solche Bindung bei den Kindern einen erhöhten Stresslevel, der sich zeitnah zu einem Kontakt anhand erhöhter Cortisolwerte im Speichel nachweisen lässt.

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

Die Vielfältigkeit der Reaktionsmöglichkeiten eines Kindes auf jedwede Gewalt erschwert die Diagnose. Das alleinige Vorliegen eines der genannten Symptome erlaubt keineswegs den Rückschluss auf das Vorliegen eines Missbrauchs oder unbedingter Gewalterfahrung. Wichtig ist, diese Option in der Befunderhebung mitzudenken und differentialdiagnostisch so weit als möglich abzuklären.

Tab. 16: Entwicklung und kindliche Traumatisierung

Altersgruppe	Typische Symptome
I 0-1	Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen
II 1-3	s. I +: Affektlabilität, Hyperaktivität, Unruhezustände, Hyperreagibilität, Hypervigilanz oder Apathie, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit (frozen watchfulness), Jactatio capitis, Mutismus regressive Symptome: Anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung (kommunikative, soziale Fertigkeiten, Sprache, Motorik, Körperwachstum)
III 3-6	s. II +: "traumatisches Spiel" ("Verspielen" traumatischer Erlebnisse), evtl. Äußerungen über intrusives Erleben bei gezielter Exploration, dissoziative Symptome, Tic-Störungen, Somatisierungen (Bauch-, Kopfschmerzen etc.) regressive Symptome: sekundäre Enuresis, Enkopresis, sozialer Rückzug (Eltern, Peers, Geschwister), rückläufige Sprachentwicklung, Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen, autistoide Symptome, dissoziales Verhalten
IV 6-10	s. III +: zunehmend Symptome einer PTBS nach ICD-10, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen (z.B. in Zusammenhang mit dissoziativen oder intrusiven Symptomen), veränderte, pessimistische Sicht auf die Welt, quälende Schuldgefühle, depressive Symptome, vermehrt Affektregulationsstörungen, Verleugnung, Risikoverhalten, selbst verletzendes Verhalten (SVV), Suizidalität, konversive Symptome (psychogene Anfälle, motorische Ausfälle etc.), Zwangssymptome
V 10-14	s. IV +: zunehmend Symptome im Sinne der klassischen Symptomtrias der PTBS, bei Beziehungstraumatisierungen sog. "Enactment" (ein "Wiederherstellen") traumatischer Situationen in sozialen Situationen, konversive Symptome, Essstörungen, SVV, vermehrt Suizidalität, gel. früher Drogenkonsum (z. B. Cannabinoide), psychotische Symptome
VI 14-18	s. V +: Circulus vitiosus des Scheiterns: emotional defizitäre Selbstwahrnehmung, soziales, schulisches Scheitern, (symptombedingte) misslungene erste intime heterosexuelle Beziehungen, Drogenkonsum, Perversionen, weit reichende existentielle Zukunftsängste

Literatur zu 4.8.3

- (1) Straube, A., Heinen, F., Ebinger, F., von Kries, R.: Kopfschmerzen bei Schülern. Prävalenz und Risikofaktoren. Deutsches Ärzteblatt 110 (48), 2013
- (2) Office of Research. Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview. Report Card 11. UNICEF Office of Research . Florence 2013
- (3) Eggers, C. (1994): Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt, 25, S. 748-755
- (4) Krüger, A.: Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Überblick in: Leitfaden "Häusliche Gewalt". Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, 2006
- (5) Levendosky et al. zitiert nach Kindler 2006, (7)
- (6) Graham-Bermann & Levendosky, 1998 zitiert nach Kindler 2006, (7)
- (7) Kindler, H.: Die Beeinträchtigung des Kindeswohls durch miterlebte Partnerschaftsgewalt, unveröffentlichte Präsentation im Rahmen der Tagung "Die Beeinträchtigung des Kindeswohls durch elterliche Partnerschaftsgewalt – Neue Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die gerichtliche Praxis", Deutsche Richterakademie 2006
- (8) Spitzer, C., Grabe H.J.: Kindesmisshandlung. Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter. Kohlhammer 2013

- (9) Zitelmann, M.: Kindeswohl und Kindesrechte in Gerichtsverfahren bei häuslicher Gewalt, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 147-157

4.9 Beurteilung der familiären Situation

Um einen Verdacht auf Kindesmisshandlung zu erhärten, können Sie durch Beobachten der Eltern oder Begleitpersonen weitere Hinweise erhalten. Eltern, die ihr Kind misshandelt haben, verhalten sich in vielerlei Hinsicht anders als Eltern, deren Kinder durch einen Unfall verletzt wurden. So lehnen manche Eltern eine adäquate Behandlung oder weitergehende Untersuchungen ab, obwohl diese dringend angezeigt sind. Viele Eltern berichten widersprüchlich von dem "Unfall", der sich zugetragen haben soll.

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

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

Im Rahmen der Anamneseerhebung sollten Sie unbedingt sich auch ein Bild bezüglich des Vorkommens von Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen machen. Hierbei können Fragen zur Familiensituation helfen:

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

Darüber hinaus sollte immer auch auf Hinweise auf Gewalt in der Partnerschaft geachtet werden.

Vielfältige Zeichen können darauf hindeuten, dass möglicherweise in der Partnerschaft der Eltern Gewalt ausgeübt wird. Befindet sich neben dem Kind auch das möglicherweise gewalterleidende Elternteil in Ihrer Behandlung, können sich zunächst Hinweise in der Art der Verletzung zeigen, beispielsweise in deren sturzuntypischer Lokalisation oder Form (Ausführliche Erläuterungen hierzu finden Sie in "Häusliche Gewalt: Erkennen – behandeln – dokumentieren". Eine Information für Ärztinnen und Ärzte" des Ministeriums der Justiz 2013) (1). Ein Hinweis im Verhalten kann beispielsweise sein, dass ein "überfürsorglicher" Partner darauf besteht, in der Nähe zu bleiben oder an Stelle der Patientin die Fragen beantwortet.

Unter Umständen berichten die Mütter oder Väter auch über Beschwerden "wie Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Depressionen, Verlust des Selbstwertgefühls, Essstörungen oder Reizdarmsyndrom. Auch sie können Anhaltspunkte für einen Gewalthintergrund bieten. Denn in einer von Gewalt geprägten häuslichen Atmosphäre dominieren anstelle von Sicherheit und Geborgenheit (Todes-) Angst, Unsicherheit und ein ständiges Taktieren, um - vermeintliche - Auslöser gewalttätigen Handelns zu vermeiden (auch wenn die Hoffnung, einen Gewaltausbruch verhindern zu können, in der Regel eine Illusion darstellt). Dies sorgt für körperlichen Stress mit all den bekannten Elementen: erhöhte Grundspannung, erhöhter Cortisolspiegel, erhöhter Blutdruck, Herabsetzung der körpereigenen Abwehr und damit einhergehend gesteigerte Erkrankungsneigung" (Ministerium der Justiz 2013) (2).

Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt können die folgenden Auffälligkeiten auf Partnerschaftsgewalt hindeuten:

- Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen
- Früh- oder Fehlgeburten
- Verletzungen des Fötus
- niedriges Geburtsgewicht.

Bei einem Hausbesuch können Sie den Lebensraum des Kindes beurteilen. Der niedergelassene Arzt hat gegenüber dem Klinikarzt den Vorteil, die soziale Situation und die Lebenssituation des Kindes zu sehen und in seine differenzialdiagnostischen Überlegungen mit einfließen zu lassen.

Ein wichtiger Aspekt sollte auch die potentielle Gefährdung von Geschwisterkindern sein.

Literatur zu 4.9

- (1) Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt, Ministerium der Justiz: Häusliche Gewalt: Erkennen – behandeln – dokumentieren". Eine Information für Ärztinnen und Ärzte", Ministerium der Justiz Saarland; [Link](#)
- (2) Ministerium der Justiz 2013: Nach: Dr. med. Marion Traub, Wicker-Kliniken Bad Wildungen: "Spuren in der Seele", Vortrag, gehalten im Rahmen der Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, 02.07.2003 in Hannover in (31)

4.9.1 Bewertung der Befunde

Alle erhobenen Befunde müssen zusammenfassend bewertet werden. Die Diagnose soll den körperlichen und psychischen Befund des Kindes, die familiäre Interaktion und die psychosoziale Familiensituation beschreiben. Es wird festgestellt, ob ein Kind normal entwickelt ist, ob Auffälligkeiten in seiner Entwicklung bestehen und ob diese Auffälligkeiten das Ausmaß von Behandlungsbedürftigkeit erreichen.

In einigen Fällen kann die Einholung eines zweiten Urteils erforderlich sein. Insbesondere bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch können Sie an die Grenzen Ihrer diagnostischen Möglichkeiten gelangen. Sie sollten dann auf die Konsiliaruntersuchung von erfahrenen kinder- und jugendgynäkologischen Kolleginnen und Kollegen zurückkommen. "Häufig werden bei sexueller Gewalt durch die körperliche Untersuchung keine beweisenden Befunde erhoben. Trotzdem sollte bei konkretem Verdacht auf sexuelle Gewalt immer eine Untersuchung angestrebt werden. Ein eindeutiger, körperlich nachweisbarer, beweisender Befund darf auf keinen Fall übersehen werden." (DAKJ, Praxisleitfaden Kindesmisshandlung, 2013) (1). Grundsätzlich sollten aber möglichst wenige Untersuchungen stattfinden.

Wenn Sie psychologischen und sozialpädagogischen Sachverstand einbeziehen, können Verhaltensauffälligkeiten eher in Zusammenhang mit der Diagnose gebracht werden. Kooperationen zwischen den Ärztinnen/Ärzten und entsprechenden Professionen sind anzustreben.

Auch wenn Sie die Bezugsperson des Kindes nicht direkt mit Ihrem Verdacht auf eine relevante körperliche oder sexuelle Misshandlung, seelische oder körperliche Vernachlässigung angesprochen haben, können Sie den Eltern Ihre Sorgen um den Gesundheitszustand des Kindes mitteilen und so die Notwendigkeit zusätzlicher Untersuchungen erläutern. Untersuchungsergebnisse sollen den Bezugspersonen allerdings mitgeteilt und im Rahmen der möglichen Differenzialdiagnosen erläutert werden.

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Digitalaufnahmen der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden, wobei immer ein Maßstab (Lineal, Meterband) angelegt werden sollte. Entsprechende Dokumente sind möglicherweise Grundlage für eine gerichtliche Beweissicherung. Eine ausführliche Dokumentation ist der Nachweis, dass eine mögliche Veranlassung behördlicher Maßnahmen durch den Arzt auf sorgfältiger Abwägung der Situation des Kindes beruht.

Literatur zu 4.9.1

- (1) Grundehewer, H.et al., Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) 2013; [Link](#)

5 Fallmanagement in der Arztpraxis

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

Gemeinsames Fallmanagement beruht bei guten Rahmenbedingungen auf persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) der Jugendämter (in der Folge nur Jugendamt genannt), Gesundheitsämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Kinder befassen. Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen, die im Saarland mit den Netzwerken "Frühe Hilfen" in den Landkreisen und im Regionalverband etabliert wurden.

Grundlage für ein gemeinsames Fallmanagement sind Kenntnisse in der Arztpraxis über entsprechende Beratungs- und Hilfeangebote. Die Angebote müssen für die Eltern oder Begleitpersonen des Kindes erreichbar sein. Hierzu bietet der Leitfaden eine Hilfe.

Sie sollten darüber hinaus Ihre persönliche Haltung zum Problem Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch kritisch prüfen. Der Kontakt zu Opfern und möglichen Tätern erfordert einen vorurteilslosen Umgang mit dem Problem. Ihre Aufgabe ist es, die nach einem Erstkontakt mit der Diagnose "Verdacht auf Gewalt gegen Kinder" eventuell gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung möglichst zu stabilisieren (sofern der Schutzaspekt dies erlaubt). Nur so ist in der Regel ein gemeinsames Fallmanagement in Kooperation zwischen den Betroffenen, Ihnen, dem Jugendamt und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

In vielen Fällen kann die Einschaltung eines rechtsmedizinischen Konsils im Sinne einer "niedrigschwelligen" Beratung sinnvoll sein, insbesondere bei der Verletzungsinterpretation. Hier kann auch ohne Einschaltung der Polizei Kontakt aufgenommen werden, um eine Beratung oder Mithilfe zu einer professionellen Befunddokumentation zu erhalten. Das Beratungsangebot des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität des Saarlandes sowie der Rechtsmedizin am Klinikum Saarbrücken ist unter 4.4 dargestellt.

Bei hoher Gefährdung, schweren Verletzungen, prinzipiell immer bei jungen Säuglingen (mit Hämatomen oder anderen Verletzungen) ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt (DAKJ Praxisleitfaden Kindesmisshandlung, 2013) (1).

Für ein qualifiziertes standardisiertes Vorgehen bei Fällen von Kindeswohlgefährdung haben sich an den saarländischen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sog. Kinderschutzgruppen etabliert. Bei Vorliegen von akuten Verletzungen und Erkrankungen als mögliche Folge von Misshandlung oder Vernachlässigung ist eine (auch notfallmäßige) Vorstellung und ggfls. Behandlung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen an einer dieser Kliniken anzustreben.

Literatur zu 5

- (1) Grundehewer, H. et al., Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) 2013; [Link](#)

5.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Bei der Erstuntersuchung steht die Befunderhebung und -sicherung einschließlich einer Befragung der Eltern oder Begleitpersonen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang sollte auch nach der/dem vorbehandelnden Ärztin/Arzt gefragt werden. Jedes Kind mit einer Verdachtsdiagnose "Misshandlung" oder "Missbrauch" sollte in

kurzen Abständen wieder einbestellt werden. In schweren Fällen ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt.

Manchmal reicht die Diagnostik in der Arztpraxis insbesondere bei Verdacht auf eine Vernachlässigung des Kindes nicht aus. In diesem Fall sollten Sie sich durch einen Hausbesuch über die Wohnsituation und das familiäre Umfeld des Kindes informieren. Ist der Verdacht noch nicht ganz abgesichert, die Situation ausreichend stabil und es besteht keine unmittelbare Gefahr für das Kind, sollten Sie zunächst die Bezugsperson nicht direkt mit Ihrem Verdacht konfrontieren.

Wichtiger ist zuerst, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wieder einbestellt werden, damit Sie sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufbauen können. So stehen Sie weiterhin dem Kind und der Familie beratend zur Seite und können den Gesundheitszustand des Kindes beobachten.

Es gibt keine allgemein gültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Ressourcen und Risiken treffen. Insbesondere Säuglinge sind bei drohender Misshandlung sehr gefährdet. Hier muss eine Intervention gegebenenfalls rascher erfolgen als bei einem älteren Kind.

Die Zeit bis zur Wiederholungsuntersuchung können Sie nutzen, um durch Rückfragen bei der/dem vorbehandelnden Ärztin/Arzt und Durchsicht anderer medizinischer Unterlagen wie Krankenhausberichte die Vorgeschichte zu vervollständigen. Anonymisierte Beratungen bei Ärztinnen/Ärzten, die sich auf die Thematik spezialisiert haben, oder bei Einrichtungen des Kinderschutzes können Ihnen helfen, zusätzliche Sicherheit in der Diagnosestellung zu gewinnen.

Wird eine Kontaktaufnahme zur Koordinierungsstelle "Frühe Hilfen", zum Jugendamt oder zu Beratungseinrichtungen notwendig, sollten Sie Eltern oder Begleitpersonen über diesen Schritt informieren, sofern dies die Sicherheit des Kindes nicht gefährdet. Ziel der Gespräche ist es, bei Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes Vorbehalte oder Bedenken seitens der Eltern bzw. Begleitpersonen gegenüber der Inanspruchnahme einer speziellen Beratungseinrichtung oder des Jugendamtes abzubauen.

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und die Eltern Hilfe akzeptieren. Insbesondere bei jungen Kindern sollten auch auf die Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" mit ihren niedrighwelligen Zugangswegen, Beratungs- und Unterstützungsangeboten hingewiesen werden. Die Jugendhilfe kann familienunterstützend in verschiedener Form tätig werden (s. Kapitel 3 und Anhang). Das Jugendamt ist auch einzuschalten, wenn eine akute Gefährdung für das Wohl des Kindes besteht und Eltern Hilfen nicht annehmen wollen oder können.

In den Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt und deren Wahrnehmung sichergestellt werden. Ansonsten sollte eine Information an das Jugendamt erfolgen.

5.2 Zwischen den Praxisbesuchen

In dem aufklärenden Gespräch mit der Familie haben Sie deutlich gemacht, ob Sie nur Frühwarnzeichen wahrgenommen haben und der Familie selbst niedrighwellige, engmaschige Begleitung anbieten möchten. Bei Einsichtsfähigkeit der Bezugspersonen und ausreichender Motivation kann der Kontakt zu einer der genannten Beratungsstellen hergestellt werden, ohne dass die öffentliche Jugendhilfe informiert werden muss.

In der Regel werden Sie jedoch eine Unterstützung und Begleitung durch andere professionelle Helferinnen/Helfer angeregt oder vorgeschlagen haben. Falls die Eltern in das Vorgehen einwilligen, können sie selbst oder über Ihre Praxis Kontakt aufnehmen.

Durch Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt oder Beratungsstellen und den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die bezirklich organisierten Stellen besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis.

Bei Gefahr im Verzug, also einer akuten Gefährdung des Kindeswohls, sollte das Jugendamt unverzüglich informiert werden, das gegebenenfalls nach Kontaktaufnahme mit der Familie und fehlender Kooperationsbereitschaft das Familiengericht einschaltet.

Insbesondere bei Ehen mit ausländischen Partnern kann eine Information zu Sorgerechtsfragen hilfreich sein.

Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht ist ebenfalls angezeigt, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Urkunde nicht vorweisen kann.

Nach einer Kontaktaufnahme mit Jugendamt, Beratungsstellen oder Familiengericht sollte möglichst bald eine erste gemeinsame Helferkonferenz zusammenkommen. Mit Kenntnis der Eltern treffen sich alle professionellen Helfer, die möglicherweise bereits früher, zum jetzigen Zeitpunkt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft mit der Familie zusammen gearbeitet haben oder werden. Die Organisation eines solchen Gespräches ist aufwändig. Sie sollten die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Jugendhilfe bitten, dies so zu organisieren, dass Sie daran teilnehmen können. Machen Sie ggf. Terminvorschläge.

Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und dem Jugendamt, der Koordinierungsstelle "Frühe Hilfen" oder Beratungsstellen freier Träger werden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der entsprechenden Einrichtungen auf einer solchen Helferkonferenz vereinbart. Seitens der kooperierenden Einrichtungen werden zunächst Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Kindes von Ihnen erwartet. Die Informationsvereinbarung kann z. B. die Mitteilung über einen Abbruch des Kontaktes zwischen Ihnen und dem betreuten Kind umfassen.

Hierbei ist es unumgänglich, dass praxisintern ein verlässliches Warnsystem installiert wird, das auf nicht eingehaltene Kontrolltermine unmittelbar aufmerksam macht. Die gängigen Praxis-EDV-Systeme bieten dazu entsprechende Recall-Programme an.

Die Information von Behörden, Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" oder Beratungseinrichtungen freier Träger sollte grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern des Kindes erfolgen.

Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn das Wohl des Kindes hochgradig gefährdet ist. Siehe hierzu die Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Kapitel 3.

Als ultima ratio kann die sofortige Herausnahme des Kindes beim aktuellen Ausmaß der gesundheitlichen Schäden erforderlich sein und ein Verbleib in seiner häuslichen Umgebung eine akute Gefahr für die Gesundheit, das Leben (z. B. durch Suizid) und die geistige Entwicklung des Kindes darstellen.

Weniger eingreifend für das Wohl des Kindes wirkt sich die Wohnungsverweisung des gewaltausübenden Elternteils aus.

5.3 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder gegebenenfalls Begleitpersonen eröffnet werden (Kopecky-Wenzel & Frank 1995) (1).

Für eine erfolgreiche Prävention weiterer Gewalt ist es wichtig, dass die Arztpraxis eine vertrauensvolle Situation gegenüber Eltern oder Begleitperson schafft. Nur so können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Vertrauensstellung im Sinne des Fallmanagements einsetzen. Wird eine Misshandlung oder Vernachlässigung in der Gesamtschau immer mehr möglich oder sogar wahrscheinlich, muss dies in einem umfassenden, ruhigen Gespräch außerhalb der üblichen Sprechzeit erklärt werden.

Als behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt sollten Sie im Vorfeld eines solchen Gespräches bedacht haben, welche Reaktionen möglich sind und welche Konsequenzen das Gespräch für die Sicherheit des Kindes und für die weitere Betreuung hat. Möglicherweise sollten Sie das Vorgehen entsprechend modifizieren und andere Helfer dazu bitten bzw. eine Klinikeinweisung veranlassen. Folgende Regeln sollten bei der Planung eines Gesprächs zur Diagnosemitteilung berücksichtigt werden:

- Machen Sie deutlich, dass Sie sich um die Gesundheit des Kindes sorgen.
- Vermeiden Sie wertende Haltungen gegenüber Eltern oder potentiellen Tätern.
- Bieten Sie keine Beratungen und Therapien an, die Sie selbst nicht leisten können.
- Führen Sie nach Möglichkeit eine gemeinsame Entscheidung zur Inanspruchnahme oder Information von Beratungsstellen und Jugendamt herbei.

Beginnen Sie das Gespräch mit den Befunden, die Sie bei dem Kind beobachtet haben. Die Symptomatik des Kindes bietet Ihnen eine Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen ("Ihr Sohn macht schon längere Zeit einen sehr ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran es liegen kann?"). Manchmal stellen Sie in der Sprechstunde fest, dass ein Kind, das wegen Husten vorgestellt wird, mehrere Hämatome aufweist. Sie sollten den Eltern diese Befunde unbedingt mitteilen und mit ihnen über mögliche Ursachen reden.

Literatur zu 5.3

- (1) Kopecky-Wenzel, M., Frank, R.: Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Allhoff, P.G. (Hrsg.): Präventivmedizin. Praxis – Methoden – Arbeitshilfen. Springer Verlag 1995)

5.4 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Bei Anzeichen einer akuten Kindeswohlgefährdung sollte in jedem Fall das Jugendamt – möglichst mit Zustimmung eines oder beider Elternteile – informiert werden. Dieses wird die Prüfung auf eine Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII bzw. §§ 1666 und 1666a BGB) einleiten und gegebenenfalls Sofortmaßnahmen vornehmen

Eine akute Kindeswohlgefährdung kann auch dann vorliegen, wenn das Kind "nur" elterliche Partnerschaftsgewalt miterlebt, beispielsweise dann, wenn es wiederholt zu schwersten Misshandlungen der Mutter in Anwesenheit des Kindes kam. Zudem sollte die Gefahr des Miterlebens der Tötung der Mutter, unter Umständen verbunden mit einer Selbsttötung des Vaters mitbedacht werden.

Hinsichtlich des Traumatisierungspotentials ist es für Kinder am schlimmsten, wenn sie in die Gewalthandlungen einbezogen und in die Täterrolle hineingedrängt werden. Dies kann sogar in der Weise geschehen, dass das Kind vom Vater gezwungen wird,

sich aktiv an der Vergewaltigung zu beteiligen, beispielsweise indem es die Mutter fesselt.

Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die Gefahr schwerer und schwerster Gewaltanwendungen unmittelbar gegenüber dem Kind wie auch die Gefahr seiner Tötung besteht. 20 % aller Tötungsdelikte im Kontext von tödlich verlaufenden Partnerschaftskonflikten werden an Kindern verübt - teilweise als sogenannte Alternativtötung, um sich an der Mutter zu rächen

Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern ist zudem bei einer massiven Schwächung oder akuten Traumatisierung der Mutter an die Möglichkeit der Vernachlässigung mit gravierenden Auswirkungen zu denken (Kindler et al.2006, Greuel 2009) (1, 2).

Literatur zu 5.4

- (1) Kindler/Lillig/Blüml/Meysen/Werner (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut 2006; [Link](#)
- (2) Greuel, Luise: Forschungsprojekt "Gewalteskalation in Paarbeziehungen" des Instituts für Polizei und Sicherheitsforschung (IPoS), 2009 im Auftrag des LKA Nordrhein-Westfalen; [Link](#)

5.5 Vorstellung Minderjähriger durch Nicht-Sorgeberechtigte

In der Praxis kann Ihnen der Fall begegnen, dass Minderjährige durch nicht sorgeberechtigte Personen, beispielsweise Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher, vorgestellt werden vor dem Hintergrund des Verdachts einer Kindeswohlgefährdung.

Grundsätzlich gelten die in Abschnitt 3.1 aufgeführten Grundsätze. Eine Behandlung der/des Minderjährigen darf, sofern die/der Betroffene nicht einwilligungsfähig ist, nur mit Einverständnis der Sorgeberechtigten erfolgen.

Bestehen jedoch erkennbare Anzeichen einer Kindervernachlässigung oder -misshandlung, sollten Sie, um Schaden für das Wohl des Kindes abzuwenden, das Jugendamt nach den Vorschriften des KKG einbinden. Eine solche Einbindung des Jugendamtes kann auch notfalls ohne oder gegen den Willen der Sorgeberechtigten erfolgen.

5.6 Feedback

Gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, Ärztinnen und Ärzten, Jugendämtern, Psychologen/innen, Kinder- und Jugendpsychiatern/innen, Gesundheitsämtern und Beratungseinrichtungen. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind umso belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen.

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

5.7 Weiterführende Links und Informationen zu den einzelnen Kapiteln

LEITLINIEN UND EMPFEHLUNGEN:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften:
AWMF online: www.awmf.org

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin: Leitlinie Kindesmiss-
handlung und Vernachlässigung (2008) www.dgspj.de oder www.awmf.org

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie: Leitlinie Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch (2011)
www.awmf.org

AWMF (2011)-S1-Leitlinie Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik. Ge-
sellschaft für Pädiatrische Radiologie. www.awmf.org

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (2013): Praxisleitfaden Kindes-
misshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. www.dakj.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Arbeitsgemein-
schaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) (2010): Vorgehen bei Kindesmisshand-
lung und –vernachlässigung und Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken:
www.dakj.de

INFORMATIONEN:

Kindesmisshandlung www.Kindesmisshandlung.de

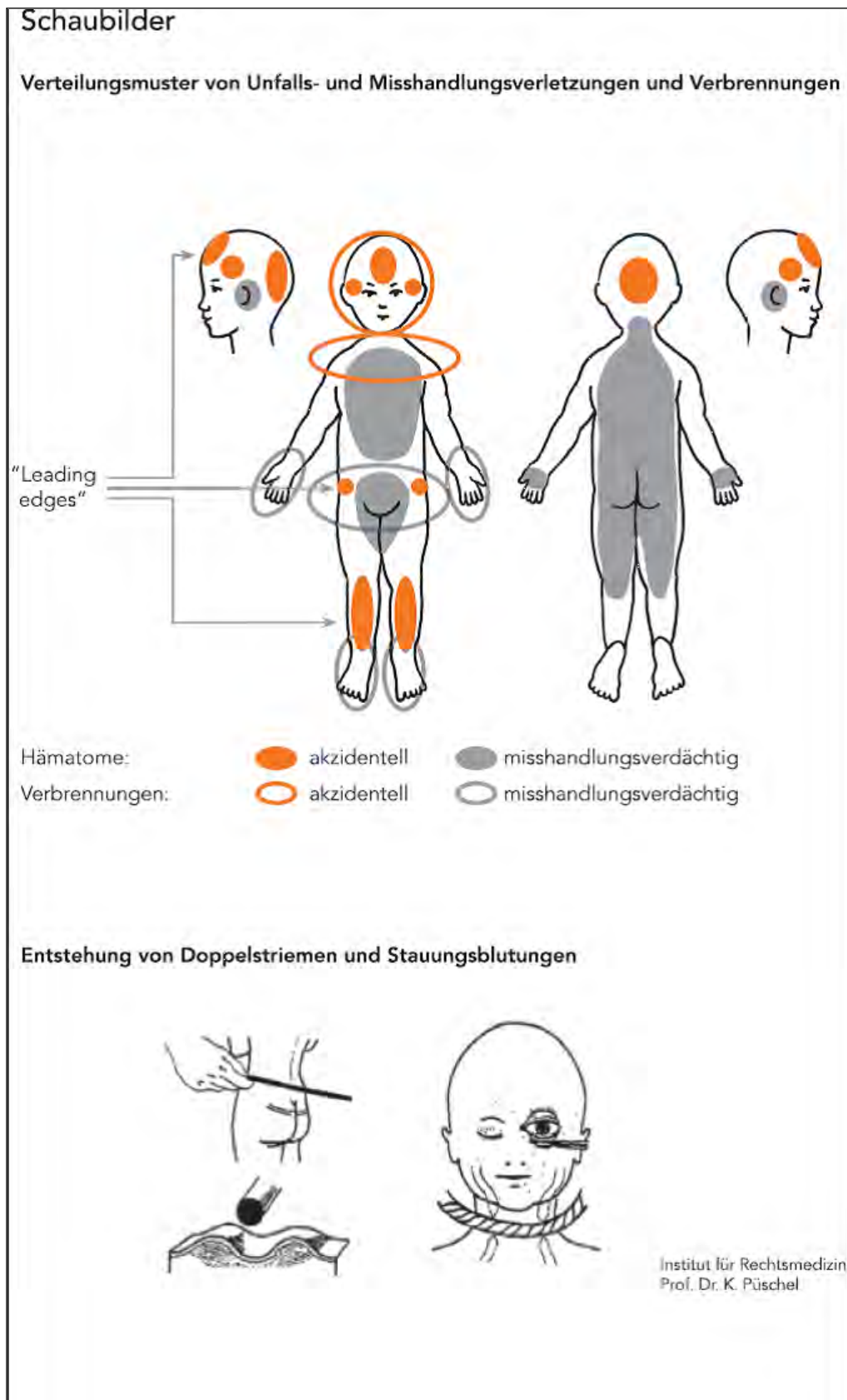
Deutscher Kinderschutzbund: www.dksb.de

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: www.nzfh.de

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG-KiM): www.ag-kim.de

6 Schaubilder und Dokumentationsbögen

6.1 Verteilungsmuster von Unfall- und Misshandlungsverletzungen und Verbrennungen



6.2 Dokumentationsbögen Anamnese bei V. a. nichtakzidentelles Trauma

Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Name, Vorname Ambulant

1. Vorstellung am _____ um _____ Uhr, Ort: _____

Anwesend (außer dem Kind): Vater Mutter Andere _____

Anlass (Stichworte; ausführlich .3): _____

Kinder-/Hausarzt: _____ Tel: _____

Wer ist bislang involviert/zuständig: Niemand

Jugendamt: _____ Tel: _____

Beratungsstelle: _____ Tel: _____

Kripo: _____ Tel: _____

Sonst (Familienhilfe o.ä.): _____

2. Orientierende Sozialanamnese (ausführliche Anamnese ggf. durch Sozialdienst/Psychologe)

Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt

Eltern sind geschieden (seit: _____) Neuer Lebenspartner

Alter der Eltern: Mutter: _____ Jahre, Vater: _____ Jahre

Beruf Mutter: _____ Aktuell berufstätig: Nein Ja: _____

Beruf Vater/Partner: _____ Aktuell berufstätig: Nein Ja _____

Geschwister: (leben in der Familie Ja Nein); Erkrankungen

1. m/w _____ J. _____ 4. m/w _____ J. _____

2. m/w _____ J. _____ 5. m/w _____ J. _____

3. m/w _____ J. _____ 6. m/w _____ J. _____

Bekannte familiäre Konflikte, Belastungssituationen: Nein Ja:

3. Familienanamnese

Bekannte Erkrankungen:

Mutter: _____ Vater: _____

Sonstige Familie: _____

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?

Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/ anderen weiblichen Verwandten?

Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten ?

Bekannte Knochenerkrankungen oder –deformitäten?

Vermehrte Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit? .

Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R.B., 2. vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. 2010, XX, 349 S., 177 Abb., 138 Abb. in Farbe., Hardcover, ISBN 978-3-642-10205-9

Anamnese S.2

, geb. am

4. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen:

Schwangerschaft: unauffällig auffällig: _____

Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig: _____

Nahrungsunverträglichkeiten: Nein Ja: _____

Allergien: Nein Ja: _____

Chronische Erkrankungen

Entwicklungsstörungen/Behinderungen

Gedeihstörungen Erbrechen Harnwegsinfektionen

Apnoen (ALTE) Krampfanfälle Verstopfung

Verletzung der anogenitalen Region Vaginale Blutung

Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen

Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

Neigung ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?

Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?

Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen? Vitamin K-Gabe erfolgt?

Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen

Phyto-dermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak ?

Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau) ?

Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel ?

Medikamenteneinnahme: Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulantien?

(Dauer-) **Medikamente/Dosis:**

Andere Therapien (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

Geht in Kindergarten: _____ Schule _____ Klasse: _____

Gelbes Vorsorgeheft liegt vor: Unauffällig Auffällig:

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: _____ Häufiger Arztwechsel ___-mal

Neugeborenen-**Stoffwechselscreening** erfolgt: Ja Nein Nicht ersichtlich-klären!

Gedeihen/Perzentilenverlauf Unauffällig Auffällig:

Impfweis liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

© Hermann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags 2010

Anamnese S.3

, geb. am

5. Anamnese des aktuellen Geschehens:

Geschildert von: _____

(möglichst genauen Wortlaut notieren+ in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände)

Dabei Anwesend: Kind Vater Mutter Andere: _____

Dabei beachten:

1. Verletzungsumstände ? Anwesende ? Aufsicht ? Beobachter ?

2. Vorausgehendes Ereignis ? Fütterfrust ? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten

3. Reaktion der Eltern auf Verletzung ? Reanimationsversuche ? Prompter Arztbesuch ?

Evtl. Skizze

vom Geschehensort:

Schilderung vom Kind selbst:

(möglichst genauen Wortlaut notieren+ in Klammern mögliche Gefühlsregung):

Dabei anwesend: nur Kind selbst Vater Mutter Arzt/Ärztin* Pflege* Andere*

*Namen notieren _____

In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:

Nein Ja:

Anamnese S.4 _____, geb. am _____

6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese

Allgemeine Anamnese

- Allgemeine anogenitale Infektionen
- Anogenitale Dermatitiden
- Vaginaler Juckreiz
- Vaginaler Ausfluss (Farbe? Konsistenz? Menge? Geruch?)
- Vaginale Blutungen
- Pubertätszeichen, Wachstum
- Fremdkörper der Scheide oder des Anus
- Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
- Bauchschmerzen, schmerzhafte Defäkationen
- Zurückliegende anogenitale Verletzungen

Bei Jugendlichen zusätzlich

- Menarche: _____
- Menstruation: _____
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gyn. Untersuchungen
- Antikonzeption? Methode?

- Sexuell übertragene Infektionen

- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

7. Verhaltensanamnese

Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:

- Alpträume, Schlafstörungen häufig Kopfschmerzen häufig Bauchschmerzen
- Angst alleingelassen zu werden
- Angst vor bestimmten Personen: _____ /Männern
- Phobien, Regression und Depressionen
- Rückzugsverhalten, Geringes Selbstwertgefühl

- Soziale Adaptations-oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten

- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichts-Zu-/abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten Einkoten

- Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten, ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtssteile Erwachsener ...anderer Kinder ... von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtssteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder „spielt“ Geschlechtsverkehr

- Suizidversuche Delinquentes Verhalten Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause Prostitution

Sonstiges:

6.3 Dokumentationsschema Untersuchung bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Untersuchung

Name, Vorname _____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Ambulant

1. Allgemeinzustand: gut eingeschränkt: _____ Glasgow Coma Scale: _____

2. Ernährungszustand: gut dystroph adipös
 KG: _____ kg (____ Perzentile = ____ SD) KL: _____ cm (____ Perzentile = ____ SD)
 KU: _____ cm (____ Perzentile = ____ SD) BMI: _____ kg/m² (____ Perzentile = ____ SD)

3. Pflegezustand: gepflegt ungepflegt: _____

4. Allgemein-internistische Untersuchung:

a) Kardiopulmonal unauffällig auffällig: _____

b) Abdomen weich Resistenz Darmgeräusche: regelrecht ↑ ↓
 keine Druckdolenz Druckdolenz im _____

c) HNO-Bereich o.B. auffällig: _____
 Gaumen / Mundhöhle reizlos
 Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) _____
 Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: _____
 Zahnstatus: unauffällig Karies ? Trauma ? _____

5. Hämatome/Narben: Nein
 (Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren / Hals / Oberschenkel / Arme / Gesäß; Formung, Ligaturen?)
 Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe beschreiben!
 ⇒ Abdrücke (von Schuhen / Händen / Gegenständen, etc.)
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 Skizze in Körperschema (immer!!) Fotodokumentation mit Messhilfe/Winkellineal erfolgt

6. Verbrennungen/Verbrühungen: Nein
 Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke
 ⇒ Akute / frische Verbrennung Narben
 ⇒ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

 Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

7. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:
 Nein Ja: _____

 Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

© Hermann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Hermann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R.B., 2. vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. 2010, XX, 349 S., 177 Abb., 138 Abb. in Farbe., Hardcover, ISBN 978-3-642-10205-9

Untersuchung S.2

geb. am _____

8. Anogenitale Untersuchung:

Genitale weiblich unauffällig auffällig (siehe Kinder-Gyn-Bogen, bzw. unten)
 männlich Hoden deszendiert Hoden nicht deszendiert: _____

Pubertätsstadium (nach Tanner): P _ B _ G _

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise: Nein
 Ja (dann weiter unten)

Weitere Untersuchung:

- Entfällt, da keinerlei Hinweise auf anogenitale Verletzung / Misshandlung
 Auf später verschoben, da derzeit wegen eingeschränkter Kooperation nicht durchführbar
 Extra Kindergynäkologischer bzw. Forensikbogen akuter sexueller Übergriff ausgefüllt

Mädchen

Ausfluß Nein Ja: _____

Farbe / Geruch/Konsistenz

Hämatom der großen Schamlippen Nein Ja: _____

Hämatom der kleinen Schamlippen Nein Ja: _____

Hymen anulär semilunär fimbrienförmig / wulstig kragenförmig Nicht entfaltet

Glattrandiger Hymenalsaum verletzt: eingekerbt bei __ Uhr in Rückenlage zu __ %

Ort / Art der Verletzung

Vestibulum vaginae reizlos gerötet

Fossa navicularis unauffällig Verletzung: _____

Perineum unauffällig Verletzung/Narbe: _____

Akute Blutung/Verletzung Nein Ja: _____

Ort / Stärke

Sonstiges / Besonderheiten

Jungen

Hämatom am Scrotum Nein Ja: _____

Hämatom am Penis Nein Ja: _____

Akute Verletzung/Ligatur/Narbe Nein Ja: _____

Sonstiges / Besonderheiten:

Anus

Hämatom Nein Ja: _____

Narbe Nein Ja: _____

Fältelung: Unauffällig Vermindert: _____

Akute Blutung Nein Ja: _____

Akute Verletzung Nein Ja: _____

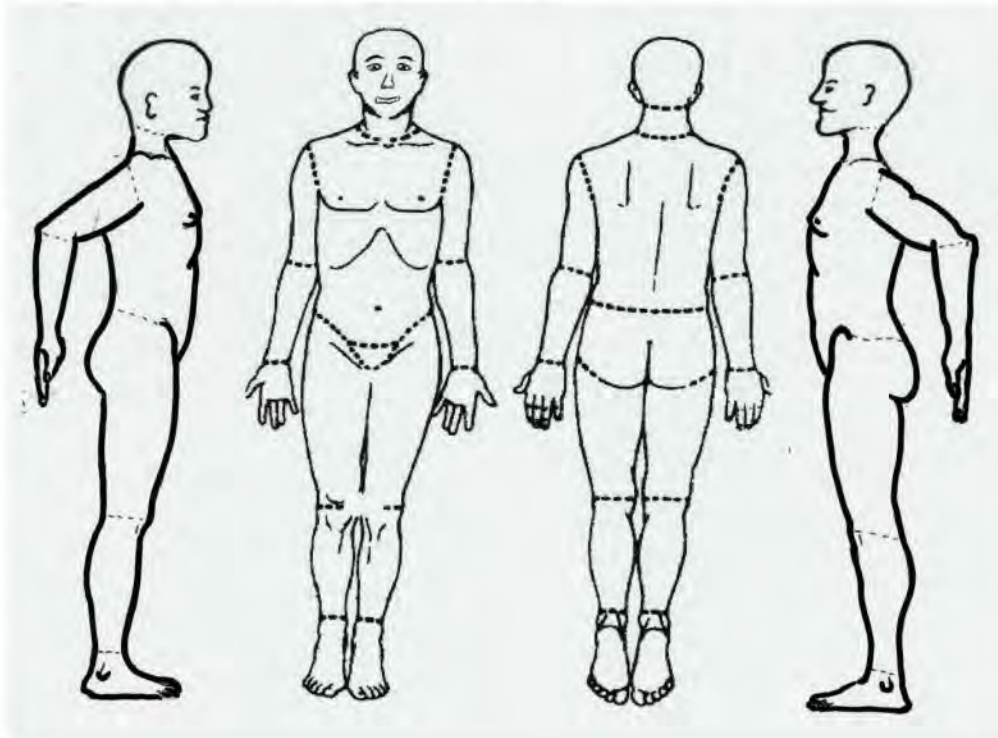
Sonstiges / Besonderheiten: _____

Untersuchung S.3

geb. am

Anhang: Skizzen

↪ Größe – Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!



© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.

6.4 Dokumentationsschema Diagnostik und weiteres Vorgehen bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.	
Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma	
Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere	
Name, Vorname _____, geb. am _____	Alter: _____ m/w <input type="checkbox"/> Station: _____ <input type="checkbox"/> Ambulant
Diagnostik:	
Röntgen <input type="checkbox"/> Skelettscreening* <input type="checkbox"/> Skelettszinti <small>(nur komplementär)</small> <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	Sono <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Schädel <input type="checkbox"/> Schädel-Doppler
<input type="checkbox"/> Augenhintergrund <small>Obligat unter 2-3 Jahren! Möglichst durch Augenarzt! Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis wenn Patient stabil</small>	Zerebrale Bildgebung <input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> MRT
Labor <input type="checkbox"/> BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P <input type="checkbox"/> y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase <input type="checkbox"/> Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100 <input type="checkbox"/> Urinstatus <input type="checkbox"/> Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)	
Nur gezielt: <input type="checkbox"/> Kupfer/ Coeruloplasmin <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Mykoplasmen <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> organische Säuren i.Urin	
<p>* Skelettscreening (siehe AWMF Leitlinie d. Ges. f. Pädiatrische Radiologie!) ⇨ Alle Extremitäten, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule, Schädel 2 Ebenen; <u>KEIN Babygramm</u></p>	
Kindergynäkologischer Status	
⇨ Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden)	
⇨ <input type="checkbox"/> Später vorgesehen <input type="checkbox"/> Erfolgt, Wertung: _____	
⇨ <input type="checkbox"/> Nicht indiziert	
Weiteres Procedere	
<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme, Station: _____	
<input type="checkbox"/> Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!) erfolgt: _____	
<input type="checkbox"/> Kindergynäkologischer Status	
<input type="checkbox"/> Fotodokumentation (+Skizze!)	
<input type="checkbox"/> Ambulant möglich (<i>Ausnahme !</i>) weil:	
<input type="checkbox"/> Info Kinderschutzgruppe/Sozialdienst im Hause	
<input type="checkbox"/> Info Jugendamt/Ansprechpartner	
<input type="checkbox"/> Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	
_____ Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin (immer auch in Druckschrift + Tel./Funk)	
© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.	

6.5 Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma - Kurzfassung

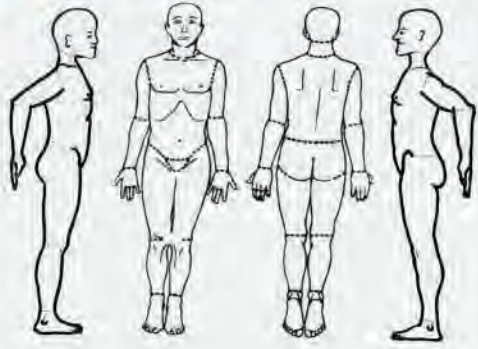
Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma
 (Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Ambulant

Name, Vorname _____

Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in: _____



Unfall-/Verbrennungshergang (Stichworte):

V.a. Nicht-akzidentellen Mechanismus weil

- Multiple Hämatome
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikular, Lippen-/ Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung („Handschuh-/ Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung: (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)
- + verschiedene Farben (CAVE Lokalisation)
- + ungewöhnliche Lokalisation
- Sonstiges:
 - Hämatomfarbe und Maße angeben !
 - Verbrennungsgrad angeben !
 - Verbrannte Oberfläche abschätzen: _____ % (____-gradig)

Allgemeiner Zustand/Vigilanz ggf. falls Glasgow Coma Scale:

- V.a. **Gedeih-/** **Entwicklungsstörung ?** V.a. **Vernachlässigung ? Ungepflegt ?**
- V.a. **Fraktur(en)** Nein Ja, welche: _____

Kindergynäkologischer Status (Extra Schema verwenden) Später vorgesehen Erfolgt, Wertung:

Vorgesehene Diagnostik:

- | | | |
|---|---|--|
| <p>Röntgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Skelettscreening <input type="checkbox"/> Skelettszinti (nur komplementär) <input type="checkbox"/> Sonstige: <p><input type="checkbox"/> Augenhintergrund</p> | <p>Sono</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Schädel <input type="checkbox"/> Schädel-Doppler <p>Zerebrale Bildgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> MRT | <p>Labor</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P <input type="checkbox"/> y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase <input type="checkbox"/> Quick, PTT, WVF-AG + CoFaktor, PFA 100 <input type="checkbox"/> Urinstatus <input type="checkbox"/> Drogenscreening <input type="checkbox"/> Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen <input type="checkbox"/> organische Säuren i. Urin |
|---|---|--|

Procedere

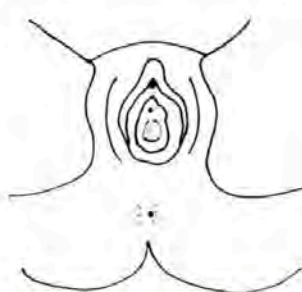


- Stationäre Aufnahme, Station: _____
- Ambulant möglich (*Ausnahme !*) weil: _____
- Kindergynäkologischer Status
- Fotodokumentation (+Skizze!)
- Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken
- Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
- Info Sozialdienst im Hause
- Info Jugendamt
- Ansprechpartner: _____

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
 Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R.B., 2. vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. 2010, XX, 349 S., 177 Abb., 138 Abb. in Farbe., Hardcover, ISBN 978-3-642-10205-9

6.6 Kindergynäkologischer Untersuchungsbefund

Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.		
Kindergynäkologischer Untersuchungsbefund/ <input type="checkbox"/> v.a. Missbrauch bei Jungen (Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)		
Name, Vorname _____, geb. am _____	Alter: _____ m/w <input type="checkbox"/> Station: _____ <input type="checkbox"/> Ambulant	
Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in: _____		
ANAMNESE (ggfalls, auf Rückseite ausführen):		
Menarche: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	Blutungen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	
Fluor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:		
Sonstiges:		
Strukturierter Verhaltensfragebogen: <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> __ Auffälligkeiten (von __ Items)		
Verhalten bei Untersuchung: <input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> schüchtern <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> widerstrebend <input type="checkbox"/> lehnt ab		
KÖRPERLICHER BEFUND <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Nebenbefund:		
Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G _____		
GENITALER BEFUND <input type="checkbox"/> Inspektion <input type="checkbox"/> Separation <input type="checkbox"/> Traktion <input type="checkbox"/> Knie-Brust-Lage <input type="checkbox"/> Kolposkop		
Äußeres Genitale	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Labia majora/minora/Klitoris	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Vestibulum vaginae	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Fossa navicularis	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Perineum, Commissura post.	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Hymenkonfiguration	<input type="checkbox"/> Semilunär <input type="checkbox"/> Anulär <input type="checkbox"/> Wulstig, ostrogenisiert <input type="checkbox"/> Variante:	
Hymen-Entfaltung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bei <input type="checkbox"/> Inspektion <input type="checkbox"/> Separation <input type="checkbox"/> Traktion <input type="checkbox"/> Knie-Brust-Lage <input type="checkbox"/> Q-Tip <input type="checkbox"/> Wasser	
Posteriorer Randsaum	<input type="checkbox"/> Glattrandig <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Sonstiges	
	<input type="checkbox"/> Pathologisch (spezifizieren): _____	
	Fluor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	
		
ANALER BEFUND	Fissuren	Fältelung
Dilatation <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTIK <input type="checkbox"/> Durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht indiziert		
Abstriche (Mikrobiologische)		Nativer Ausstrich:
vaginal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*		Serologie:
<input type="checkbox"/> Entnahme Vestibulum <input type="checkbox"/> Entnahme intravaginal		<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> Hep.B <input type="checkbox"/> HIV
anal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*		Bakteriologie <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> pharyngeal
pharyngeal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*		<input type="checkbox"/> Extra-Forensikbogen ausgefüllt
BEWERTUNG		Befundklasse: _____
Bemerkung/Fazit <i>Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!</i>		
EMPFEHLUNGEN Prophylaxen <input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Indiziert*: <input type="checkbox"/> Sex. übertragene Infektionen <input type="checkbox"/> Notfallkontrazeption		
<input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Beratungsstelle: _____ <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung/Kontrolle am: _____		
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Datum _____	untersuchender Arzt/Ärztin _____ Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit _____	* Extra dokumentieren!
© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010		

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R.B., 2. vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. 2010, XX, 349 S., 177 Abb., 138 Abb. in Farbe, Hardcover, ISBN 978-3-642-10205-9

6.7 Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

Logo Klinik/Kinderschutzgruppe etc.		
Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch*		
Name, Vorname _____, geb. am _____ Alter: _____ m/w	<input type="checkbox"/> Station: <input type="checkbox"/> Ambulant	
Untersuchung am: _____ um _____ h anwesend: _____ Untersucher/in _____		
(*Bei Kindern immer bis 24 Stunden, bei Jugendlichen bis 48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen)		
<p>Anamnese gesondert aufführen! Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation! Befunde im Kinder-Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren !</p> <p>Extragenitaler Untersuchungsbefund:</p> <p>Verletzungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Verletzungen auf Doku-bogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind: Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form, ggf. Gruppierung beschreiben; Foto mit Zentimetermaß + Skizze</p> <p><input type="checkbox"/> Hämatome <input type="checkbox"/> Bissmarken an „erogenen Zonen“ (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß) <input type="checkbox"/> Hämatome <input type="checkbox"/> Ligaturen <input type="checkbox"/> Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion <input type="checkbox"/> Petechien: Skleren, weicher Gaumen <input type="checkbox"/> Einrisse labiales Frenulum</p> <p>Forensische Abstriche Je nach Befund und Vorgeschichte, im Zweifel immer am und um den äußeren Anogenitalbereich, perioral, sowie im Woodlicht floureszierende Bereiche (nicht sehr zuverlässig zur Spermienidentifizierung). Sterile Watte-Tupfer mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten, danach aber vollständig trocknen! Erst verpacken wenn vollständig trocken, immer in Papierumschläge, niemals Plastik!! Jeden Abstrich mit Patientenaufkleber, Abstrichort, eindeutig zuordenbar machen, Umschläge ebenso + Unterschrift des Entnehmenden. Auch Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich Objektträgerausstriche anfertigen: ausrollen, nicht abstreifen!</p> <p>Abstriche <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Unterbauch <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> perioral <input type="checkbox"/> Sonstige</p> <p><input type="checkbox"/> intravaginal: <input type="checkbox"/> Fossa navicularis <input type="checkbox"/> retrohymenal <input type="checkbox"/> Mundhöhle</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginalsekret mit NaCl auf Objektträger für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ Mikroskopiert durch: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fremde (Scham-)Haare gesichert <input type="checkbox"/> Pubes ausgekämmt (Umschlag) von: _____ (Körperstelle/n)</p> <p><input type="checkbox"/> Fingernagelränder abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)</p> <p><input type="checkbox"/> Bekleidung gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!).</p> <p><input type="checkbox"/> Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik – Ausgangsstatus entnommen</p> <p><input type="checkbox"/> Prophylaxen für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht indiziert <input type="checkbox"/> HIV PEP angesprochen (für beides siehe „Prophylaxen“)</p> <p><input type="checkbox"/> Notfallkontrazeption angesprochen, indiziert/durchgeführt <input type="checkbox"/> Nicht indiziert <input type="checkbox"/> β-HCG im Urin</p>		
Datum _____	untersuchender Arzt/Ärztin Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit _____	Zeuge/-in der Untersuchung _____
© Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung, 2. Auflage. Mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages 2010.		

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., Dettmeyer, R.B., 2. vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. 2010, XX, 349 S., 177 Abb., 138 Abb. in Farbe., Hardcover, ISBN 978-3-642-10205-9

6.8 Zahnmedizin: Befundbogen forensische Zahnmedizin, zahnärztliche Diagnostik, Zahnschema

Erkennen und Dokumentieren von Kindesmisshandlungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich

Bei der Identifikation und Diagnose von Kindesmisshandlungen spielen Zahnärzte eine sehr wichtige Rolle. Nicht nur die Vernachlässigung von Kindern zeigt sich häufig in einem desolaten Gebisszustand. Auch Misshandlungen werden oft in der Zahnarztpraxis sichtbar.

Oberlippe, Stirn und Kinn sind die typischen Stellen für Verletzungen. Hinzu kommen Zahnfrakturen, Zahnintrusionen, Zahnluxationen, Einblutungen in die Mundschleimhaut und die Augen sowie Verletzungen des Lippenbändchens und der Wangen. Bissmarken sind ein weiterer möglicher Aspekt von Kindesmisshandlungen.

Zahnärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlung oder Gewalteinwirkung bei Kindern:

1. eingehende Untersuchung
2. bei Verletzungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich: Gewalt als Ursache in Betracht ziehen
3. Ursachen bestehender Verletzungen hinterfragen
 - bei Verletzungen von Kindern sollten auch die Ursachen hinterfragt werden
 - bei fehlender Plausibilität immer nachfragen und mitunter die Eltern mit den Widersprüchen in der angegebenen Ursache und der Verletzung konfrontieren
4. Erstellung einer gerichtsfesten Dokumentation der Verletzungen!
5. Benutzung des Dokumentationsbogens forensische Zahnmedizin !
 - Verletzungen, Symptome, psychische Auffälligkeiten und andere Verdachtsmomente müssen sofort noch unter Anwesenheit des Patienten präzise beschrieben und festgehalten werden
 - pauschale Beschreibungen sollten vermieden werden
 - jede einzelne Verletzung muss genau beschrieben werden (u. a. präzise Lokalisation, Größe und Ausmaß, Farbe der Hämatome, Art der Verletzung: Riss, Quetschung, Schnitt, stumpfes Trauma usw.)
 - bei Einverständnis der Erziehungsberechtigten sollte eine Fotodokumentation mit Maßstab bzw. Röntgendokumentation vorgenommen werden (wertvoller Beweis)
 - Dokumentation der Angaben des Patienten bzw. der Eltern, wie es zu den Verletzungen gekommen ist
 - ggf. Dokumentation der Zweifel des Zahnarztes an der Sachverhaltsdarstellung des Patienten oder der Begleitperson einschließlich seiner Gründe
6. Diagnosesicherung
 - Suche nach weiteren Symptomen bzw. Indikatoren, die den ersten Verdacht bestätigen oder auch entkräften
7. Wiedereinbestellung zur Verlaufsbeobachtung
8. ggf. Einschaltung von Konsiliarärzten (Kinderärzten, Rechtsmediziner, u. a.)
9. Verweis an andere Hilfseinrichtungen
 - Bei minderjährigen Opfern kann und muss sich der Zahnarzt im Rahmen einer Rechtsgüterabwägung entscheiden, ob das zu schützende Rechtsgut des Kindes (Leben und Gesundheit) höher zu bewerten ist, als der Anspruch der Eltern auf Diskretion. Dann kann er auch gegen den Willen der Eltern die Schweigepflicht brechen (§ 4 KKG; § 34 StGB Rechtfertigender Notstand) und zum Schutz des Kindes entsprechende Institutionen informieren. Die Eltern sind über das geplante Vorgehen und die Gründe dazu zu informieren.
 - Bei begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sollte das örtlich zuständige Jugendamt, Beratungsstellen oder Kinderschutzdienste informiert werden. In den Beratungsstellen stehen erfahrene Fachkräfte zur Verfügung, die über das weitere Vorgehen und bei der Einschätzung der Gesamtsituation beraten und unterstützen.
 - Durch den neuen § 8a SGB VIII wurde der Schutzauftrag des Jugendamtes präzisiert. In allen Fällen, in denen die Gefahr oder der Verdacht auf eine Gefährdung des Kindes besteht, ist das Jugendamt für die Einschätzung des Gefährdungsrisikos zuständig und trifft die Entscheidung über die Organisation des weiteren Hilfeprozesses auch unter Einbeziehung anderer Institutionen.

Der nachstehende Befundbogen wurde im Rahmen der gemeinsamen Aktion "Gegen häusliche/interpersonale Gewalt" von der Zahnärztekammer Niedersachsen, der kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer des Saarlandes – Abteilung Zahnärzte – erarbeitet.



Befundbogen forensische Zahnmedizin

Name
Vorname
Geb.-Datum
Adresse
Begleitperson
Befundaufnahme durch
Assistenz
Ort/Datum/Uhrzeit

Zahnarztpraxis



Diese Dokumentation dient als Nachweis in zivil- bzw. sozialrechtlichen Verfahren und kann bei Strafverfahren hilfreich sein: **Sie ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten.** Aus Datenschutzgründen darf die zahnärztliche Dokumentation nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten erstellt und aufbewahrt werden.
➔ Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre!

1) Angaben zur Dokumentation

	ja	nein
Patientin/Patient willigt in die Dokumentation ein (einschl. einer Fotodokumentation) Bitte beachten: Dies ist keine Schweigepflichtentbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotodokumentation angefertigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Dokumentation an Patientin/Patienten ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Angaben zum Vorfall

Fragen Sie nach dem Ablauf des Vorfalls und notieren Sie diese Schilderung der Patientin/des Patienten, möglichst mit deren eigenen Worten..

Ort, Datum, Zeitpunkt bzw. Zeitraum des Vorfalls:

Ursache der Verletzungen (z. B. Schlag, Tritt, Verwendung von Gegenständen):

Verursachende Person(en):

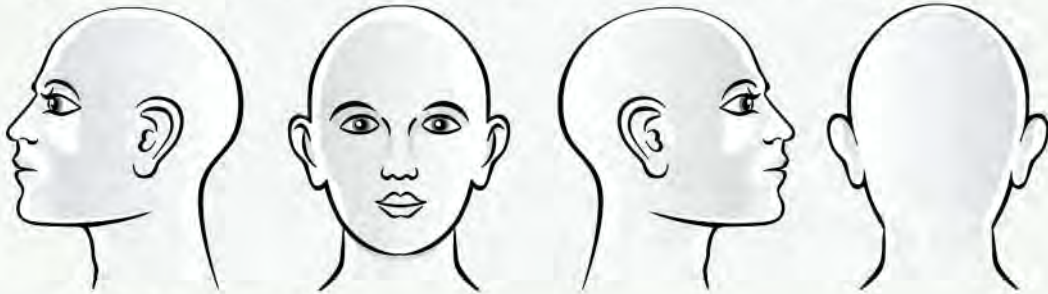
Personen, die während des Vorfalls anwesend waren oder den Verletzten/die Verletzte gefunden haben:

3) Zahnärztliche Diagnostik

Bitte **Zutreffendes ankreuzen** sowie betroffenen Zahn bzw. Zähne bezeichnen.

Auffällige Befunde hinsichtlich Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit **dokumentieren**.

3.1) Extraorale Befunde (Bitte in den Illustrationen markieren)



Behaarte/unbehaarte Kopfhaut:

Gesichtshaut (Unterblutungen, Wunden, Abschürfungen, Musterabdrücke, Petechien):

Auge, Lidhaut, Bindehaut, Augapfel (Petechien, Monokelhämatom, Brillenhämatom, flächenhafte Einblutungen, Sehstörungen, Doppelbilder):

Nase (Schwellung, Nasenbluten, Nasenatmungsbehinderung):

Kinn:

Ohren/Hinterohrregion (Blutunterlaufung, Beeinträchtigung des Hörvermögens, Ohrgeräusche):

Hals / Nacken:

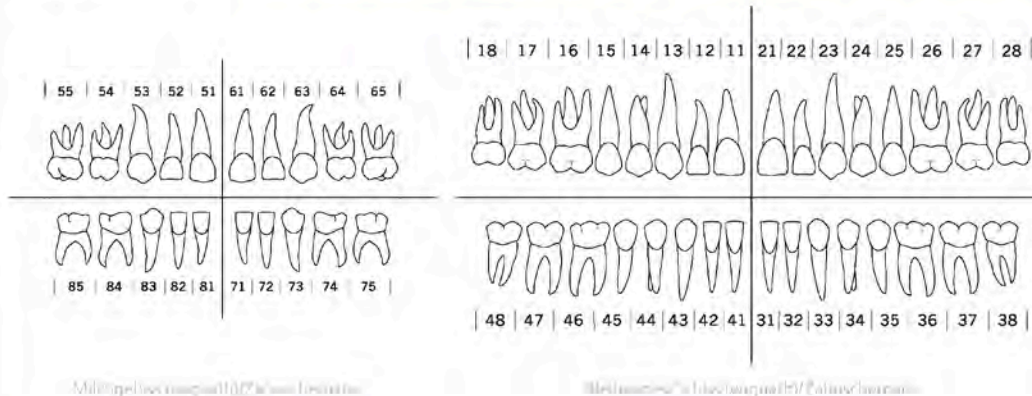
Lippenrot/Lippenschleimhaut (Unterblutungen, Zerreißungen, Petechien):

Frakturen im Schädel- und Gesichtsbereich (z. B. Jochbein, Kiefer):

Sonstiges (Schwindel, Übelkeit, Erbrechen):

Wurden **Röntgenaufnahmen** angefertigt? Wenn ja, Art der Röntgenaufnahme:

3.2) Intraorale Befunde (Bitte im Zahnschema markieren)



Zähne und Zahnhalteapparat:

- Schmelz-Fraktur _____
 - Dentin-Fraktur _____
 - Wurzelfraktur _____
 - Luxation _____
 - Avulsion (Totalluxation) _____
 - Alveolarfortsatzfraktur _____
 - Vitalitätsverlust _____
 - Perkussionsempfindlichkeit _____
 - Lockerungsgrad _____
 - Blutung aus dem PA-Spalt _____
 - Sonstiges _____
- Kiefer:**
- Abnorme Beweglichkeit _____
 - Okklusionsstörungen _____
 - Stufenbildung _____
 - Gelenkbeteiligung _____
 - Mundöffnung eingeschränkt _____
 - Hämatom _____

- akute Blutung _____
- Schmerzen _____
- Sonstiges _____

Zahnersatz:

- Beschädigung _____

Mundschleimhaut:

- Zunge _____
- Wange _____
- Mundboden _____
- Vestibulum _____
- Gaumen _____
- Lippe _____
- Schwellung _____
- Hämatom _____
- Schluckbeschwerden _____
- Sonstiges _____

(Bemerkungen)

4) Weitere Befunde

Verletzungen an anderen Körperstellen, die sichtbar sind (z. B. herausgerissene Haare, Haltungstörungen) bzw. von der Patientin oder dem Patienten geschildert werden:

Psychischer Zustand der Patientin/des Patienten:

Begleitperson ggf. auffällig?:

5) Sonstiges

- Infektionsprophylaxe angeraten (Antibiotika, Tetanus)
- Facharztbesuch angeraten (z. B. Hausarzt/-ärztin, MKG, HNO, Gynäkologe/in)
- Schutzbedürfnis vorhanden
- auf Unterstützungseinrichtungen hingewiesen (Frauenhaus, Polizei, Beratungsstelle, _____)
- Informationsmaterial ausgehändigt

6) weitere Notizen

Dieser Befundbogen ist im Rahmen der gemeinsamen Aktion „Gegen häusliche/interpersonelle Gewalt“ von der Zahnärztekammer Niedersachsen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der **Ärztekammer des Saarlandes -Abteilung Zahnärzte-**, erarbeitet worden.

Weiteres Informationsmaterial stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte per eMail an info@zaek-saar.de.

In Kooperation mit:

ZKN

KZVN

7 Adressen

7.1 Hilfeinrichtungen und Behörden für direkte Interventionen

7.1.1 Jugendämter

Jugendamt des Regionalverbandes Saarbrücken
Heuduckstraße 1, 66117 Saarbrücken
E-Mail: jugendamt@rvsbr.de
Internet: www.regionalverband-saarbruecken.de

Tel.: 0681/506-5101
Fax: 0681/506-519

Kreisjugendamt des Landkreises Saarlouis
Prof.-Notton-Straße 2, 66470 Saarlouis
E-Mail: amt51@kreis.saarlouis.de
Internet: www.kreis-saarlouis.de

Tel.: 06831/444-0
Fax: 06831/444-600

Jugendamt des Landkreises Merzig
Bahnhofstr. 44, 66663 Merzig
E-Mail: jugendamt@merzig-wadern.de
Internet: www.familienleben-merzig-wadern.de

Tel.: 06861/80-160
Fax: 06861/80-365

Jugendamt des Landkreises St. Wendel
Mommstr. 25, 66606 St. Wendel
E-Mail: kreisjugendamt@lkwnd.de
Internet: www.landkreis-st-wendel.de

Tel.: 06851/801-0 oder 801-5101
Fax: 06851/801-5190

Jugendamt des Landkreises Neunkirchen
Saarbrücker Straße 1, 66538 Neunkirchen
E-Mail: jugendamt@landkreis-neunkirchen.de
Internet: www.landkreis-neunkirchen.de

Tel.: 06824/906-7300
Fax: 06824/906-7239

Jugendamt des Saarpfalz-Kreises
Am Forum 1, 66424 Homburg
E-Mail: jugendamt@saarpfalz-kreis.de
Internet: www.saarpfalz-kreis.de

Tel.: 06841/104-0
Fax: 06841/104-7105

Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) der Jugendämter außerhalb der üblichen Dienstzeiten:

Regionalverband Saarbrücken:
Mo-Mi ab 17:00h, Do ab 17:30h und Freitag ab 15.00h:
Theresienheim, erreichbar über:
oder über Polizei:

Tel.: 506/5555
Tel.: 0681/962-0 oder 0681/9872-0

Kreis Saarlouis:
Haus Mutter Rosa, Wadgassen:
Haus Christophorus, Wallerfangen:

Tel.: 06834/9405-0
Tel.: 06831/9631-0

Kreis Merzig-Wadern:
täglich ab 17.00h, freitags ab 12.00h:
Haus Christophorus Wallerfangen:

Tel.: 06831/9631-0

Kreis St. Wendel:
täglich ab 16.00h, über Nacht und am Wochenende über
Bereitschaftsdienst (mobil):

Tel.: 0172/6839078

Kreis Neunkirchen:
täglich ab 18.00h, freitags ab 15:30h erreichbar über die Polizeireviere:
Neunkirchen:
Illingen:

Tel.: 06821/203-0
Tel.: 06825/9224

Saarpfalz-Kreis:
Mo-Mi und Freitag ab 17:00h, donnerstags ab 18:00h:
Rufbereitschaft: Durchführung Arbeiterwohlfahrt SPN
zentral erreichbar über Polizei Homburg

Tel.: 06841/106-0

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:
Über jede örtlich zuständige Polizeidienststelle im Saarland

Polizeiinspektion Saarbrücken-St. Johann*:	Tel.: 0681/93210
Polizeiinspektion Alt-Saarbrücken:	Tel.: 0681/5881640
Polizeiinspektion Saarbrücken-Burbach:	Tel.: 0681/97150
Polizeiinspektion Saarbrücken-Brebach:	Tel.: 0681/98720
Polizeiinspektion Völklingen*:	Tel.: 06898/2020
Polizeiinspektion Sulzbach*:	Tel.: 06897/9330
Polizeiinspektion Köllertal:	Tel.: 06806/9100
Polizeiinspektion Saarlouis*:	Tel.: 06831/9010
Polizeiinspektion Dillingen:	Tel.: 06831/9770
Polizeiinspektion Lebach*:	Tel.: 06881/5050
Polizeiinspektion Bous:	Tel.: 06834/9250
Polizeiinspektion Merzig*:	Tel.: 06861/7040
Polizeiinspektion Wadern:	Tel.: 06871/90010
Polizeiinspektion St. Wendel*:	Tel.: 06851/8980
Polizeiinspektion Nohfelden-Türkismühle:	Tel.: 06852/9090
Polizeiinspektion Neunkirchen*:	Tel.: 06821/2030
Polizeiinspektion Illingen:	Tel.: 06825/9240
Polizeiinspektion Homburg*:	Tel.: 06864/1060
Polizeiinspektion Blieskastel:	Tel.: 06842/9270
Polizeiinspektion St. Ingbert:	Tel.: 06894/1090
Notrufnummer der Polizei/ Führungs- und Lagezentrale (FLZ)	Tel.: 110

*Bei diesen Polizeiinspektionen sind Kriminaldienste angesiedelt.

7.1.2 Polizei

Landespolizeipräsidium **Tel.:** 0681/962-2133
Direktion LPP 2, Dezernat LPP 212 **Fax:** 0681/962-2125
Kriminaldauerdienst
Graf-Johann-Straße 25 – 29, 66121 Saarbrücken
E-Mail: LPP212@polizei.slpol.de
Internet: www.saarland.de/polizei.htm

Landespolizeipräsidium **Tel.:** 0681/962-3535
Direktion LPP 2, Dezernat LPP 246 **Fax:** 0681/962-2865
Polizeiliche Kriminalprävention und Opferschutz,
Graf-Johann-Straße 25 – 29, 66121 Saarbrücken
E-Mail: LPP246@polizei.slpol.de
Internet: www.saarland.de/7641.htm

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:
Jede örtlich zuständige Polizeidienststelle im Saarland
Notrufnummer der Polizei/
Führungs- und Lagezentrale (FLZ) **Tel.:** 110

7.1.3 Rechtsmedizin

Institut für Rechtsmedizin der Universität des Saarlandes **Tel.:** 06841/16- 26300 oder 26301
Gebäude 42 – Universitätskliniken, 66421 Homburg **Fax:** 06841/16-26314
E-Mail: rechtsmedizin@uks.eu
Internet: www.rechtsmedizin-homburg.de

Rechtsmedizin am Klinikum Saarbrücken GmbH (REMAKS) **Tel.:** 0681/963-2913 oder
Opferambulanz, Winterberg 1, 66119 Saarbrücken **Fax:** 0681/963-2917
E-Mail: info@remaks.de
Internet: www.remaks.de

Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten:

Auf Anrufbeantworter wird die Telefon-/Handynummer des diensthabenden Arztes der Bereitschaft hat genannt.

7.1.4 Familien- und Vormundschaftsgerichte

Amtsgericht Homburg **Tel.:** 06841/9228-0
Zweibrücker Straße 24, 66424 Homburg **Fax:** 06841/9228-210

Amtsgericht Lebach **Tel.:** 06881/927-0
Saarbrücker Straße 10, 66822 Lebach **Fax:** 06881/927-140

Amtsgericht Merzig **Tel.:** 06861/703-200
Wilhelmstraße 2, 66663 Merzig **Fax:** 06861/703-229

Amtsgericht Merzig, Zweigstelle Wadern **Tel.:** 06871/9205-0
Gerichtsstr. 15, 66687 Wadern **Fax:** 06821/9205-20

Amtsgericht Neunkirchen **Tel.:** 06821/106-01
Knappschaftsstraße 16, 66538 Neunkirchen **Fax:** 06821/106-100

Amtsgericht Ottweiler **Tel.:** 06824/309-0
Reiherswaldweg 2, 66564 Ottweiler **Fax:** 06824/309-49

Amtsgericht Saarbrücken **Tel.:** 0681/501-05
Franz-Josef-Röder-Straße 13, 66119 Saarbrücken **Fax:** 0681/501-5600

Amtsgericht Saarlouis **Tel.:** 06831/445-0
Prälat-Subtil-Ring 10, 66740 Saarlouis **Fax:** 06831/445-210

Amtsgericht St. Ingbert **Tel.:** 06894/984-03
Ensheimer Straße 2, 66361 St. Ingbert **Fax:** 06894/984-202

Amtsgericht St. Wendel **Tel.:** 06851/908-0
Schorlemerstraße 33, 66606 St. Wendel **Fax:** 06851/908-210

Amtsgericht Völklingen **Tel.:** 06898/203-02
Karl-Janssen-Straße 35, 66333 Völklingen **Fax:** 06898/203-319

Erreichbarkeit aller Gerichte außerhalb der Dienstzeiten:

Über Bereitschaftsdienst des **Tel.:** 0681/501-5082
Amtsgerichts Saarbrücken **Fax:** 0681/501-5029
(Immer über beide Nummern versuchen)

7.1.5 Staatsanwaltschaft

Staatsanwaltschaft Saarbrücken **Tel.:** 0681/501-05
Zähringerstraße 12, 66119 Saarbrücken **Fax:** 0681/501-5034
Internet: www.sta-sb.saarland.de

Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeit: Über Lagezentrum der Polizei 0681/962-0

Sozialdienst der Justiz beim Landgericht:
Regionalverband Saarbrücken und Saarpfalz-Kreis **Tel.:** 0681/501-5007
Landkreise Neunkirchen und St. Wendel **Tel.:** 06821/909726
Landkreise Merzig-Wadern und Saarlouis **Tel.:** 06831/9498246

7.1.6 Jugendärztliche Dienste der Gesundheitsämter

Gesundheitsamt des Regionalverbandes Saarbrücken Stengelstraße 10-12, 66117 Saarbrücken E-Mail: gesundheitsamtsbr@rvsbr.de Internet: www.regionalverband-saarbruecken.de	Tel.: 0681/506-0 Fax: 0681/506-5390 od. 5391
Gesundheitsamt des Landkreises Saarlouis Choisyring 5, 66740 Saarlouis E-Mail: gesundheitsamt@kreis-Saarlouis.de Internet: www.gesundheitsamt-saarlouis.de	Tel.: 06831/444-700 Fax: 06831/444-722
Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern Hochwaldstraße 44, 66663 Merzig E-Mail: gesundheitsamt@merzig-wadern.de Internet: www.merzig-wadern.de	Tel.: 06861/80-420 Fax: 06861/80-414
Gesundheitsamt des Landkreises St. Wendel Werschweilerstraße 40, 66606 St. Wendel E-Mail: gesundheitsamt@lkwnd.de Internet: www.landkreis-st-wendel.de	Tel.: 06851/ 801-0 Fax: 06851/ 801-5390
Gesundheitsamt des Landkreises Neunkirchen Lindenallee 13, 66538 Neunkirchen E-Mail: gesundheitsamt@Landkreis-neunkirchen.de Internet: www.landkreis-neunkirchen.de	Tel.: 06824/906-0 Fax: 06824/906-8824
Gesundheitsamt des Saarpfalz-Kreises Am Forum 1, 66424 Homburg E-Mail: gesundheitsamt@saarpfalz-kreis.de Internet: www.saarpfalz-kreis.de	Tel.: 06841/ 104-0 Fax: 06841/ 104-7501

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:
Über die örtlich zuständigen Polizeidienststellen im Saarland.

7.1.7 Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" in den Landkreisen

Regionalverband Saarbrücken Gesundheitshilfe: Dr. Gesine Thünenkötter Jugendhilfe: Eveline Zobel	Tel.: 0681/506-5409 Tel.: 0681/506-5260
Landkreis Saarlouis Gesundheitshilfe: Dr. Monika Weber Jugendhilfe: Beate Rehlinger	Tel.: 06831/444-738 Tel.: 06831/444-535
Landkreis Merzig-Wadern Gesundheitshilfe: Dr. Christina Ospelt Jugendhilfe: Stefanie David	Tel.: 06861/8 04 19 Tel.: 06861/8 01 73
Landkreis St. Wendel Gesundheitshilfe: Julia Hagenbourger Jugendhilfe: Margit Scherer-Braun	Tel.: 06851/801-5328 Tel.: 06851/801-5319
Landkreis Neunkirchen Gesundheitshilfe: Dr. Lieselotte Simon-Stolz Jugendhilfe: Heike Stutz	Tel.: 06824/906-8856 Tel.: 06824/906-7219

Saarpfalz-Kreis
Gesundheitshilfe: Dr. Krystyna Wojtunik
Jugendhilfe: Hildegard Johann-Wagner

Tel.: 06841/104-8331
Tel.: 06841/777-8318

Koordinierungsstellen in der Übersicht unter:

E-Mail: fruehehilfen@soziales.saarland.de
Internet: www.saarland.de/fruehe-hilfen.htm

7.1.8 Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten

www.kvsaarland.de

www.aerztekammer-saarland.de

www.ptk-saar.de

www.zahnaezte-saarland.de

7.1.9 Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser

siehe "Kooperationspartner für weitergehende Hilfen"

7.1.10 Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin

Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken
E-Mail: Sekretariat@klinikum-saarbruecken.de
Internet: www.klinikum-saarbruecken.de

Tel.: 0681/963-0 (Zentrale)
Tel.: 0681/963-2144 (Notfallambulanz)
Tel.: 0681/963-2161 (Kliniksekretariat)
Fax: 0681/963-2122 (Notfallambulanz)

Universitätsklinikum des Saarlandes
Gebäude 9, 66421 Homburg
E-Mail: info@uniklinikum-saarland.de
Internet: www.uniklinikum-saarland.de

Tel.: 06841/16-0 (Zentrale)
Tel.: 06841/16-28343 (Notfallambulanz)
Tel.: 06841/16-28000 (Pforte Kinder-/Frauenklinik)
Fax: 06841/16-28434 Kindergynäkol./Kinderschutz)

Marienhauusklinik St. Josef Kohlhof
Klinikweg 1-5, 66539 Neunkirchen
E-Mail: info@koh.marienhaus-gmbh.de
Internet: www.marienhausklinik-st-josef-kohlhof.de

Tel.: 06821/363-0 (Zentrale)
Tel.: 06821/363-2004 (Notfallambulanz)
Fax: 06821/363-2611

St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
Kapuziner Str. 4, 66740 Saarlouis
E-Mail: info.sls@marienhaus.de
Internet: www.marienhaus-klinikum-saar.de

Tel.: 06831/16-0 (Zentrale)
Tel.: 06831/16-2083 (Notfallambulanz)
Fax: 06831/16-1097

7.1.11 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Universitätskliniken Homburg
Gebäude 90, 66421 Homburg
E-Mail: info@uniklinikum-saarland.de
Internet: www.uniklinikum-saarland.de

Tel.: 06841/16-0 (Zentrale)
Tel.: 06841/16-24232 (Notfallambulanz)
Fax.: 06841/16-24333
(beide Nummern. von Ambulanz, besetzt bis 16 Uhr,
ab 16 Uhr Pforte)

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychotherapie -
Waldstraße 40, 66271 Kleinblittersdorf
E-Mail: sekr.kjp@sb.shg-kliniken.de
Internet: www.sb.shg-kliniken.de

Tel.: 06805/9282-10 (Notfallambulanz)
Fax: 06805/9282-40
(nachts nicht besetzt)

7.1.12 Sozialpädiatrisches Zentrum

Marienhauklinik St. Josef Kohlhof
Klinikweg 1-5, 66539 Neunkirchen
E-Mail: info@koh.marienhaus-gmbh.de
Internet: www.marienhausklinik-st-josef-kohlhof.de

Tel.: 06821/363-0 (Zentrale)
Tel.: 06821/363-200 (Ambulanzzentrale)
Fax: 06821/363-224

7.1.13 Psychologische Beratungsstellen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Beratungszentrum Kinderschutz
im SOS-Kinderdorf Saarbrücken
Johannesstraße 6, 66111 Saarbrücken
(Postanschrift: Seilerstraße 6)
Internet: www.sos-kinderdorf.de/kinderdorf-saarbruecken

Tel.: 0681/91007-0
Fax: 0681/91007-11

Beratung gegen sexuelle Ausbeutung
von Mädchen "Nele" e.V.
Dudweilerstr. 80, 66111 Saarbrücken
E-Mail: nele-sb@t-online.de
Internet: www.nele-saarland.de

Tel.: 0681/32043 oder 32058
(Mo, Mi, Fr: 9-12 Uhr, Di und Do: 13-16 Uhr)

AWO Beratungsstelle "Phoenix"
Beratungsstelle gegen sexuelle Ausbeutung von Jungs
Dudweilerstr. 80, 66111 Saarbrücken
Internet: www.awo-saarland.de

Tel.: 0681/7619685

AWO Beratungsstelle "Neue Wege"
Beratungsstelle für sexuell übergriffige
minderjährige Jugendliche
Lahnstraße 19, 66113 Saarbrücken
Internet: www.awo-saarland.de

Tel.: 0681/9705861-0
Fax: 0681/9705861-20

7.1.14 Kinder- und Jugendtelefon

Kinder- und Jugendtelefon
des Deutschen Kinderschutzbundes

Tel.: 0800/111 0333
(Kostenfreie Rufnummer)

7.1.15 Frauen-Notruf

Frauen-Notruf Saarland
Nauwieser Straße 19, 66111 Saarbrücken
E-Mail: info@frauennotruf-saarland.de
Internet: www.frauennotruf-saarland.de

Tel.: 0681/36767

7.1.16 Frauenhäuser im Saarland

(Tag und Nacht erreichbar)

Saarbrücken
E-Mail: frauenhaussb@lvsaarland.awo.org

Tel.: 0681/991800

Neunkirchen
E-Mail: frauenhausnk@lvsaarland.awo.org

Tel.: 06821/92250

Saarlouis
E-Mail: frauenhaussls@lvsaarland.awo.org

Tel.: 06831/2200

7.1.17 Weitere Beratungsstellen

Beratungs- und Interventionsstelle für Opfer
häuslicher Gewalt im Saarland
Richard-Wagner-Straße, 66111 Saarbrücken
E-Mail: interventionsstelle@skf-saarbruecken.de

Tel.: 0681/379961-0
(tel. erreichbar von 9 - 12 Uhr,
ansonsten nach Vereinbarung)

Beratungsstelle für Migrantinnen
Großherzog-Friedrich-Straße 37
66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/37 36 31
Tel.: 0173306 58 32
Tel.: 0172 684 31 00

7.2 Kooperationspartner für weitergehende Hilfen

7.2.1 Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser

Universitätsfrauenklinik und
Poliklinik Homburg, 66424 Homburg

Tel.: 06841/16-0

Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/963-0

Caritasklinik St. Theresia
Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken

Tel.: 0681/406-0

St. Josef-Krankenhaus Dudweiler
Klosterstraße 14, 66125 Saarbrücken-Dudweiler

Tel.: 06897/799-0

St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
Kapuzinerstraße 4, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/16-0

DRK-Krankenhaus
Vaubanstraße 25, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/171-0

Knappschaftskrankenhaus Püttlingen
In der Humes 35, 66346 Püttlingen

Tel.: 06898/55-0

Marienhausklinik St. Kohlhof
Klinikweg 1-5, 66539 Neunkirchen

Tel.: 06821/363-0

Marienkrankenhaus St. Wendel
Am Hirschberg, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/59-0

SHG-Kliniken Merzig
Trierer Str. 148, 66663 Merzig

Tel.: 06861/705-0

7.2.2 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

Karl Stiller
Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder-
und Jugendärzte,
Landesverband Saar e.V.
Talstraße 23, 66424 Homburg

Tel.: 06841/5060

Dr. Andreas Niethammer
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Marktstraße 5, 66333 Völklingen

Tel.: 06898/26450

Internet: www.kinderaerzte-im-netz.de

7.2.3 Fachgruppe Kinder- und Jugendärzte im saarländischen Ärztesyndikat

Dr. Sigrid Bitsch **Tel.:** 06861/77601
Vorsitzende der Fachgruppe der Kinder-
und Jugendärzte im SÄS
Poststraße 21, 66663 Merzig
E-Mail: info@aerztesyndikat-saarland.de
Internet: www.aerztesyndikat-saarland.de

7.2.4 Berufsverband der Frauenärzte/-ärztinnen

Dr. Jochen Frenzel **Tel.:** 0681/33990
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Frauenärztinnen und Frauenärzte
Landesverband Saar e. V.
Berliner Promenade 15, 66111 Saarbrücken

Dr. Klaus-Henning Kraft **Tel.:** 06897/972020
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken-Dudweiler

Dr. Susanne Lehrmann **Tel.:** 0681/44663
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Trierer Straße 40, 66111 Saarbrücken

Internet: www.bvf-saarland.de

7.2.5 Berufsverband der Hausärzte/-ärztinnen

Dr. med. Michael Kulas **Tel.:** 06837/9099377
Vorsitzender BDA Saarland
Moselstraße 4, 66798 Wallerfangen - Ittersdorf

E-Mail: BDA.saar@telemed.de
Internet: www.hausarzt-saarland.de

7.2.6 Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater/-innen

Dr. Harald Müller-Borhofen **Tel.:** 06831/9669999
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendpsychiater im Saarland
Gutenbergstraße 1, 66740 Saarlouis

E-Mail: mail@bkjpp.de
Internet: www.bkjpp.de

7.2.7 Ärztekammer des Saarlandes

Ärztekammer des Saarlandes **Tel.:** 0681/4003-0
Faktoreistraße 4, 66111 Saarbrücken **Fax:** 0681/4003-340 und -370
E-Mail: info-aeks@aeksaar.de
Internet: www.aerztekammer-saarland.de

Dr. Eva Groterath, Kinder- u. Jugendärztin **Tel. u. Fax:** 0681/851395
Vorsitzende des Arbeitskreises
"Hilfen gegen Gewalt" der Ärztekammer des Saarlandes
Scheidter Straße 8, 66123 Saarbrücken

7.2.8 Zahnärztekammer des Saarlandes

Ärztekammer des Saarlandes
-Abteilung Zahnärzte-
Puccinistraße 2, 66119 Saarbrücken
E-Mail: mail@zaek-saar.de
Internet: www.zahnaerzte-saarland.de

Tel.: 0681/58608-0
Fax.: 0681/5846-153

7.2.9 Beratungsstellen für Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Ursulinenstr. 67, 66111 Saarbrücken
E-Mail: lb.saarbruecken@bistum-trier.de

Tel.: 0681/66704

Ev. Beratungsstelle für Erziehungs-, Partnerschafts-
und Lebensfragen des Diakonischen Werkes
Großherzog-Friedrich-Straße 37, 66111 Saarbrücken
E-Mail: hdb-sb@dwsaar.de

Tel.: 0681/65722

Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe-
und Lebensfragen des Caritasverbandes St. Ingbert
Ensheimer Straße 70, 66386 St. Ingbert
E-Mail: eel.st.ingbert@caritas-speyer.de

Tel.: 06894/387617-0

Erziehungsberatungsstelle des Saarpfalz-Kreises
Am Forum 3, 66424 Homburg
E-Mail: psych-beratungsstelle@saarpfalz-kreis.de

Tel.: 06841 104-8085

Erziehungs- Ehe- Familien und
Lebensberatung des Bistums Trier
Hüttenbergstr. 42, 66538 Neunkirchen
E-Mail: lb.neunkirchen@bistum-trier.de

Tel.: 06821/21919

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatung des Bistums Trier
Trierer Str. 20, 66663 Merzig
E-Mail: lb.merzig@bistum-trier.de

Tel.: 06861/3549

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatung des Bistums Trier
Werschweilerstraße 23, 66606 St. Wendel
E-Mail: lb.st.wendel@bistum-trier.de

Tel.: 06851/4927

Erziehungs-, Ehe-, Familien und
Lebensberatung der Arbeiterwohlfahrt
Prälat-Subtil-Ring 3a, 66740 Saarlouis
E-Mail: spnzfbsaarlouis@lvsaarland.awo.org

Tel.: 06831/9469-0

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatung des Bistums Trier
Lothringer Straße 13, 66740 Saarlouis
E-Mail: lb.saarlouis@bistum-trier.de

Tel.: 06831/2577

Erziehungs-, Ehe-, Familien- und
Lebensberatung des Bistums Trier
Pfarrgasse 9, 66822 Lebach
E-Mail: lb.lebach@bistum-trier.de

Tel.: 06881/4064 und 4065

7.2.10 Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Saarland e.V.

Prof. Dr. Günter Deegener
Steinbacherstr. 8, 66904 Börsborn

Tel.: 06383/7641

Geschäftsstelle
Elke Lossen
Im Allmet 22, 66130 Saarbrücken

Tel.: 0681/872810
Fax: 0681/872834

Internet: www.kinderschutzbund-saarland.de

7.2.11 Schulpsychologische Dienste

Stadtverwaltung Saarbrücken
-Stadtamt 40-, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/905-0

E-Mail: schulpsychologischerdienst@saarbruecken.de

Internet: www.saarbruecken.de

Regionalverband Saarbrücken
Stengelstraße 10-12, 66117 Saarbrücken

Tel.: 0681/506-0

E-Mail: schulpsychologischerdienst@rvsbr.de

Internet: www.rvsbr.de

Landkreis Saarlouis
Prof.-Notton-Str. 5, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/444-0

E-Mail: schulpsychologischer-dienst@kreis-saarlouis.de

Internet: www.kreis-saarlouis.de

Landkreis Merzig-Wadern
Bahnhofstr. 44, 66663 Merzig

Tel.: 06861/80-0

E-Mail: schulpsychologe@merzig-wadern.de

Internet: www.landkreis-merzig-wadern.de

Landkreis St. Wendel
Mommstr. 21-31, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/801-0

E-Mail: schulpsychologdienst@lkwnd.de

Internet: www.landkreis-st-wendel.de

Landkreis Neunkirchen
Lindenallee 13, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06824/906-0

E-Mail: schulpsy@landkreis-neunkirchen.de

Internet: www.landkreis-neunkirchen.de

Saarpfalz-Kreis
Am Forum 1, 66424 Homburg

Tel.: 06841/104-0

E-Mail: schulpsychologischerdienst@saarpfalz-kreis.de

Internet: www.saarpfalz-kreis.de

7.2.12 Frühförderstellen

LAG der Träger von interdisziplinären
Frühförderstellen im Saarland
c/o Lebenshilfe Saarbrücken
Stettiner Str. 1, 66121 Saarbrücken

Tel.: 0681/98055-0

Regionalverband Saarbrücken:
Lebenshilfe e.V. Völklingen
Waldstraße 20, 66333 Völklingen

Tel.: 06898/91473-10

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Haus der Parität
Försterstraße 39, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/3885-0

Ambulante, interdisziplinäre Frühförder-,
Koordinations- und Beratungsstelle
Lebenshilfe gemeinnützige Betreuungs-GmbH Dudweiler
Winterbachsroth 7, 66125 Saarbrücken-Dudweiler

Tel: 06897-77894-12

Landkreis Saarlouis

Frühförderstelle der Arbeiterwohlfahrt Dillingen
Luisenstraße 4, 66763 Dillingen

Tel.: 06831/767-174 oder 175

Geschäftsstelle:

Lebenshilfe Kreis Saarlouis gGmbH
Werner-von-Siemens-Str. 6, 66793 Saarwellingen

Tel.: 06838/9827-0

Nebenstelle:

Frühberatungs- und Frühförderstelle
der Lebenshilfe Kreis Saarlouis gGmbH
Erich-Pohl-Haus
Bahnhofstraße 188, 66793 Saarwellingen

Tel: 06838-8 65 99-23

Landkreis Merzig-Wadern

Lebenshilfe Merzig – Wadern
Träger: Lebenshilfe St. Wendel gGmbH
Trierer Straße 57, 66663 Merzig

Tel: 06861/939679-43

Hilfezentrum Weiherweiler
Zum Spieskopf 1, 66709 Weiskirchen

Tel.: 06874/186830

Landkreis St. Wendel

Lebenshilfe St. Wendel
gemeinnützige GmbH
Parkstr. 37-39, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/9301-135

Landkreis Neunkirchen

Hauptstelle:

Lebenshilfewerk im Kreis Neunkirchen gGmbH
– Kinderhilfe –
Goethestraße 1, 66557 Illingen

Tel: 06825-93140

Nebenstelle:

Frühförderstelle der Lebenshilfe Neunkirchen
Schloßstraße 35, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06821/98290

Saarpfalz-Kreis

Lebenshilfe Saarpfalz gGmbH
Gesundheitspark
Klaus-Tussing-Straße 2 a, 66386 St. Ingbert

Tel.: 06894/9217-0

Caritas Heilpädagogische Dienste
Interdisziplinäre Frühförder- und Beratungsstelle
Zur Schnapphahner Dell 1, 66386 St. Ingbert

Tel.: 06894/7961

7.2.13 Behinderungsspezifische Frühförderstellen

Haus Sprachfrühförderung für hörgeschädigte Kinder
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Gebäude 6, 66421 Homburg
Internet: www.uniklinikum-saarland.de

Tel.: 06841/16-22966
Tel.: 06841/16-22951 (Sekretariat)
Fax.: 06841/16-22990

Ruth-Schaumann-Schule
Staatl. Förderschule für Gehörlose und Schwerhörige
Dillinger Straße 69, 66822 Lebach
Internet: www.hoerbehindertenschule-lebach.de

Tel.: 06881/928-311

Louis-Braille-Schule
Staatl. Förderschule für Blinde und Sehbehinderte
Dillinger Straße 69, 66822 Lebach
Internet: www.blindenschule-lebach.de

Tel.: 06881/928-321

7.2.14 Ministerien

**Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Frauen und Familie**
Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-0 (Zentrale)

Referat E 1
Gesundheitswesen, Öffentliches Gesundheitswesen,
Kinder- und Jugendgesundheit, Selbsthilfe,
Gesundheitsberichterstattung

Tel.: 0681/501-3299
Fax: 0681/501-3239

Referat C 2
Kinder- und Jugendhilfe/Landesjugendamt

Tel.: 0681/501-2081 oder 2068
Fax: 0681/501-3416

Ministerium der Justiz
Zähringer Straße 12, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-0 (Zentrale)

Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt

Tel.: 0681/501-5425

Internet: www.saarland.de

8 Gesetzliche Grundlagen

8.1 Verfassung des Saarlandes (SVerf)

Artikel 24

(1) Die Pflege und die Erziehung der Kinder zur leiblichen, geistigen, seelischen sowie zur gesellschaftlichen Tüchtigkeit sind das natürliche Recht der Eltern und die vorrangig ihnen obliegende Pflicht. Sie achten und fördern die wachsende Fähigkeit der Kinder zu selbstständigem und verantwortlichem Handeln. Bei der Pflege und Erziehung ihrer Kinder genießen sie den Schutz und die Unterstützung des Staates.

(2) Der Staat wacht darüber, dass das Kindeswohl nicht geschädigt wird. Er greift schützend ein, wenn die Eltern ihre Pflicht zur Pflege und Erziehung der Kinder gröblich vernachlässigen oder ihr Erziehungsrecht durch Gewalt oder in sonstiger Weise missbrauchen.

(3) Den nicht ehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre persönliche Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

Artikel 24 a

(1) Jedes Kind hat ein Recht auf Achtung seiner Würde, auf Entwicklung und Entfaltung seiner Persönlichkeit, auf Bildung sowie auf gewaltfreie Erziehung zu Eigenverantwortung und Gemeinschaftsfähigkeit.

(2) Jedes Kind hat ein Recht auf besonderen Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung, Ausbeutung sowie leiblicher, geistiger oder sittlicher Verwahrlosung.

8.2 Vorschriften des Strafgesetzbuches (StGB)

§ 34 - Rechtfertigender Notstand

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

§ 138 - Nichtanzeige geplanter Straftaten

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

3. einer Vorbereitung eines Angriffskrieges (§ 80),
4. eines Hochverrats in den Fällen der §§ 81 bis 83 Abs. 1,
5. eines Landesverrats oder einer Gefährdung der äußeren Sicherheit in den Fällen der §§ 94 bis 96, 97a oder 100,
6. einer Geld- oder Wertpapierfälschung in den Fällen der §§ 146, 151, 152 oder einer Fälschung von Zahlungskarten mit Garantiefunktion und Vordrucken für Eurochecks in den Fällen des § 152b Abs. 1 bis 3,
7. eines Mordes (§ 211) oder Totschlags (§ 212) oder eines Völkermordes (§ 6 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Verbrechens gegen die Menschlichkeit (§ 7 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Kriegsverbrechens (§§ 8, 9, 10, 11 oder 12 des Völkerstrafgesetzbuches),
8. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit in den Fällen des § 232 Abs. 3, 4 oder Abs. 5, des § 233 Abs. 3, jeweils soweit es sich um Verbrechen handelt, der §§ 234, 234a, 239a oder 239b,
9. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung (§§ 249 bis 251 oder 255) oder
10. einer gemeingefährlichen Straftat in den Fällen der §§ 306 bis 306c oder 307 Abs. 1 bis 3, des § 308 Abs. 1 bis 4, des § 309 Abs. 1 bis 5, der §§ 310, 313, 314 oder 315 Abs. 3, des § 315b Abs. 3 oder der §§ 316a oder 316c
11. zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer von dem Vorhaben oder der Ausführung einer Straftat nach § 129a, auch in Verbindung mit § 129b Abs. 1 Satz 1 und 2, zu einer Zeit, zu der die Ausführung noch abgewendet werden

kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. § 129b Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt im Fall der Nr. 2 entsprechend.

(3) Wer die Anzeige leichtfertig unterlässt, obwohl er von dem Vorhaben oder der Ausführung der rechtswidrigen Tat glaubhaft erfahren hat, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 171 - Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht

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

§ 174 - Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen

(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
3. an seinem noch nicht achtzehn Jahre alten leiblichen oder angenommenen Kind
4. vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Wer unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3

1. sexuelle Handlungen vor dem Schutzbefohlenen vornimmt oder
2. den Schutzbefohlenen dazu bestimmt, dass er sexuelle Handlungen vor ihm vornimmt,
3. um sich oder den Schutzbefohlenen hierdurch sexuell zu erregen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) Der Versuch ist strafbar.

(4) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 oder des Absatzes 2 in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 1 kann das Gericht von einer Bestrafung nach dieser Vorschrift absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens des Schutzbefohlenen das Unrecht der Tat gering ist.

§ 176 - Sexueller Missbrauch von Kindern

(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt.

(3) In besonders schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr zu erkennen.

(4) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer

1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt,
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen vornimmt, soweit die Tat nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 mit Strafe bedroht ist,
3. auf ein Kind durch Schriften (§ 11 Abs. 3) einwirkt, um es zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder einem Dritten vornehmen oder von dem Täter oder einem Dritten an sich vornehmen lassen soll, oder
4. auf ein Kind durch Vorzeigen pornographischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornographischen Inhalts oder durch entsprechende Reden einwirkt.

(5) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer ein Kind für eine Tat nach den Absätzen 1 bis 4 anbietet oder nachzuweisen verspricht oder wer sich mit einem anderen zu einer solchen Tat verabredet.

(6) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Absatz 4 Nr. 3 und 4 und Absatz 5.

§ 177 - Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung

(1) Wer eine andere Person

1. mit Gewalt,
2. durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder
3. unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere, wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung), oder
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug bei sich führt,
2. sonst ein Werkzeug oder Mittel bei sich führt, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, oder
3. das Opfer durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bringt.

(4) Auf Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter

1. bei der Tat eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug verwendet oder
2. das Opfer
 - a) bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder
 - b) durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(5) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen der Absätze 3 und 4 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 182 - Sexueller Missbrauch von Jugendlichen

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung einer Zwangslage

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird eine Person über achtzehn Jahren bestraft, die eine Person unter achtzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

(3) Eine Person über einundzwanzig Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

und dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) Der Versuch ist strafbar.

(5) In den Fällen des Absatzes 3 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält.

(6) In den Fällen der Absätze 1 bis 3 kann das Gericht von Strafe nach diesen Vorschriften absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens der Person, gegen die sich die Tat richtet, das Unrecht der Tat gering ist.

§ 184b - Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften

(1) Wer pornographische Schriften (§ 11 Abs. 3), die sexuelle Handlungen von, an oder vor Kindern (§ 176 Abs. 1) zum Gegenstand haben (kinderpornographische Schriften),

1. verbreitet,
 2. öffentlich ausstellt, anschlägt, vorführt oder sonst zugänglich macht oder
 3. herstellt, bezieht, liefert, vorrätig hält, anbietet, ankündigt, anpreist, einzuführen oder auszuführen unternimmt, um sie oder aus ihnen gewonnene Stücke im Sinne der Nummer 1 oder Nummer 2 zu verwenden oder einem anderen eine solche Verwendung zu ermöglichen,
- wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer es unternimmt, einem anderen den Besitz von kinderpornographischen Schriften zu verschaffen, die ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wiedergeben.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 oder des Absatzes 2 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren zu erkennen, wenn der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande handelt, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat, und die kinderpornographischen Schriften ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wiedergeben.

(4) Wer es unternimmt, sich den Besitz von kinderpornographischen Schriften zu verschaffen, die ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wiedergeben, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Ebenso wird bestraft, wer die in Satz 1 bezeichneten Schriften besitzt.

(5) Die Absätze 2 und 4 gelten nicht für Handlungen, die ausschließlich der Erfüllung rechtmäßiger dienstlicher oder beruflicher Pflichten dienen.

(6) In den Fällen des Absatzes 3 ist § 73d anzuwenden. Gegenstände, auf die sich eine Straftat nach Absatz 2 oder Absatz 4 bezieht, werden eingezogen. § 74a ist anzuwenden.

§ 203 - Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
- 4a Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes
5. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
7. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle
8. anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

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

§ 225 - Misshandlung von Schutzbefohlenen

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
 2. seinem Hausstand angehört,
 3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
 4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist,
- quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

8.3 Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)

§ 1666 - Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

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

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,

3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

8.4 Gewaltschutzgesetz (GewSchG)

§ 1 - Gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Nachstellungen

(1) Hat eine Person vorsätzlich den Körper, die Gesundheit oder die Freiheit einer anderen Person widerrechtlich verletzt, hat das Gericht auf Antrag der verletzten Person die zur Abwendung weiterer Verletzungen erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Die Anordnungen sollen befristet werden; die Frist kann verlängert werden. Das Gericht kann insbesondere anordnen, dass der Täter es unterlässt,

1. die Wohnung der verletzten Person zu betreten,
2. sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung der verletzten Person aufzuhalten,
3. zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich die verletzte Person regelmäßig aufhält,
4. Verbindung zur verletzten Person, auch unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, aufzunehmen,
5. Zusammentreffen mit der verletzten Person herbeizuführen,

soweit dies nicht zur Wahrnehmung berechtigter Interessen erforderlich ist.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. eine Person einer anderen mit einer Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit widerrechtlich gedroht hat oder
2. eine Person widerrechtlich und vorsätzlich
 - a. in die Wohnung einer anderen Person oder deren befriedetes Besitztum eindringt oder
 - b. eine andere Person dadurch unzumutbar belästigt, dass sie ihr gegen den ausdrücklich erklärten Willen wiederholt nachstellt oder sie unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln verfolgt.

Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 Buchstabe b liegt eine unzumutbare Belästigung nicht vor, wenn die Handlung der Wahrnehmung berechtigter Interessen dient.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 oder des Absatzes 2 kann das Gericht die Maßnahmen nach Absatz 1 auch dann anordnen, wenn eine Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, in den sie sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel vorübergehend versetzt hat.

§ 2 - Überlassung einer gemeinsam genutzten Wohnung

(1) Hat die verletzte Person zum Zeitpunkt einer Tat nach § 1 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Abs. 3, mit dem Täter einen auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt geführt, so kann sie von diesem verlangen, ihr die gemeinsam genutzte Wohnung zur alleinigen Benutzung zu überlassen.

(2) Die Dauer der Überlassung der Wohnung ist zu befristen, wenn der verletzten Person mit dem Täter das Eigentum, das Erbbaurecht oder der Nießbrauch an dem Grundstück, auf dem sich die Wohnung befindet, zusteht oder die verletzte Person mit dem Täter die Wohnung gemietet hat. Steht dem Täter allein oder gemeinsam mit einem Dritten das Eigentum, das Erbbaurecht oder der Nießbrauch an dem Grundstück zu, auf dem sich die Wohnung befindet, oder hat er die Wohnung allein oder gemeinsam mit einem Dritten gemietet, so hat das Gericht die Wohnungsüberlassung an die verletzte Person auf die Dauer von höchstens sechs Monaten zu befristen. Konnte die verletzte Person innerhalb der vom Gericht nach Satz 2 bestimmten Frist anderen angemessenen Wohnraum zu zumutbaren Bedingungen nicht beschaffen, so kann das Gericht die Frist um höchstens weitere sechs Monate verlängern, es sei denn, überwiegende Belange des Täters oder des Dritten stehen entgegen. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für das Wohnungseigentum, das Dauerwohnrecht und das dingliche Wohnrecht.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 ist ausgeschlossen,

1. wenn weitere Verletzungen nicht zu besorgen sind, es sei denn, dass der verletzten Person das weitere Zusammenleben mit dem Täter wegen der Schwere der Tat nicht zuzumuten ist oder
2. wenn die verletzte Person nicht innerhalb von drei Monaten nach der Tat die Überlassung der Wohnung schriftlich vom Täter verlangt oder
3. soweit der Überlassung der Wohnung an die verletzte Person besonders schwerwiegende Belange des Täters entgegenstehen.

(4) Ist der verletzten Person die Wohnung zur Benutzung überlassen worden, so hat der Täter alles zu unterlassen, was geeignet ist, die Ausübung dieses Nutzungsrechts zu erschweren oder zu vereiteln.

(5) Der Täter kann von der verletzten Person eine Vergütung für die Nutzung verlangen, soweit dies der Billigkeit entspricht.

(6) Hat die bedrohte Person zum Zeitpunkt einer Drohung nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, auch in Verbindung mit Abs. 3, einen auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt mit dem Täter geführt, kann sie die Überlassung der gemeinsam genutzten Wohnung verlangen, wenn dies erforderlich ist, um eine unbillige Härte zu vermeiden. Eine unbillige Härte kann auch dann gegeben sein, wenn das Wohl von im Haushalt lebenden Kindern beeinträchtigt ist. Im Übrigen gelten die Absätze 2 bis 5 entsprechend.

8.5 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG; Art. 1 BKiSchG)

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

(1) Ziel des Gesetzes ist es, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft ist es, soweit erforderlich, Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit

1. sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können,
2. im Einzelfall Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden und
3. im Einzelfall eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen vermieden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.

(4) Zu diesem Zweck umfasst die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere auch Information, Beratung und Hilfe. Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter.

§ 2 Information über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

(1) Eltern sowie werdende Mütter und Väter sollen über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden.

(2) Zu diesem Zweck sind die nach Landesrecht für die Information der Eltern nach Absatz 1 zuständigen Stellen befugt, den Eltern ein persönliches Gespräch anzubieten. Dieses kann auf Wunsch der Eltern in ihrer Wohnung stattfinden. Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, bezieht sich die in Satz 1 geregelte Befugnis auf die örtlichen Träger der Jugendhilfe.

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturellen Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

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

(3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

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

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
 3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
 4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
 5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
 6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
 7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen
- in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

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

8.6 Vorschriften des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG)

§ 8 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

(1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.

(2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.

(3) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung auf Grund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde. § 36 des Ersten Buches bleibt unberührt.

§ 8a - Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

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

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

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

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

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

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

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

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

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

(2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien

1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie
2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

§ 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

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

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

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

(3) Müttern und Vätern sowie schwangeren Frauen und werdenden Vätern sollen Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft und des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen angeboten werden.

§ 36 - Mitwirkung, Hilfeplan.

(1) Der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen. Vor und während einer langfristig zu leistenden Hilfe außerhalb der eigenen Familie ist zu prüfen, ob die Annahme als Kind in Betracht kommt. Ist Hilfe außerhalb der eigenen Familie erforderlich, so sind die in Satz 1 genannten Personen bei der Auswahl der Einrichtung oder der Pflegestelle zu beteiligen. Der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Wünschen die in Satz 1 genannten Personen die Erbringung einer in § 78a genannten Leistung in einer Einrichtung, mit deren Träger keine Vereinbarungen nach § 78b bestehen, so soll der Wahl nur entsprochen werden, wenn die Erbringung der Leistung in dieser Einrichtung nach Maßgabe des Hilfeplans nach Absatz 2 geboten ist.

(2) Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen. Erscheinen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, so sollen auch die für die Eingliederung zuständigen Stellen beteiligt werden.

(3) Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a abgegeben hat, beteiligt werden.

(4) Vor einer Entscheidung über die Gewährung einer Hilfe, die ganz oder teilweise im Ausland erbracht wird, soll zur Feststellung einer seelischen Störung mit Krankheitswert die Stellungnahme einer in § 35a Abs. 1a Satz 1 genannten Person eingeholt werden.

§ 42 - Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

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

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

(2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.

(3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich

1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.

Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nr. 2 entsprechend. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.

(4) Die Inobhutnahme endet mit

1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

(6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

§ 72a Tätigkeitsausschluss einschlägig vorbestrafter Personen

(1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe dürfen für die Wahrnehmung der Aufgaben in der Kinder- und Jugendhilfe keine Person beschäftigen oder vermitteln, die rechtskräftig wegen einer Straftat nach den §§ 171, 174 bis 174c, 176 bis 180a, 181a, 182 bis 184f, 225, 232 bis 233a, 234, 235 oder 236 des Strafgesetzbuchs verurteilt worden ist. Zu diesem Zweck sollen sie sich bei der Einstellung oder Vermittlung und in regelmäßigen Abständen von den betroffenen Personen ein Führungszeugnis nach § 30 Absatz 5 und § 30a Absatz 1 des Bundeszentralregistergesetzes vorlegen lassen.

(2) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen durch Vereinbarungen mit den Trägern der freien Jugendhilfe sicherstellen, dass diese keine Person, die wegen einer Straftat nach Absatz 1 Satz 1 rechtskräftig verurteilt worden ist, beschäftigen.

(3) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen sicherstellen, dass unter ihrer Verantwortung keine neben- oder ehrenamtlich tätige Person, die wegen einer Straftat nach Absatz 1 Satz 1 rechtskräftig verurteilt worden ist, in Wahrnehmung von Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt, betreut, erzieht oder ausbildet oder einen vergleichbaren Kontakt hat. Hierzu sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe über die Tätigkeiten entscheiden, die von den in Satz 1 genannten Personen auf Grund von Art, Intensität und Dauer des Kontakts dieser Personen mit Kindern und Jugendlichen nur nach Einsichtnahme in das Führungszeugnis nach Absatz 1 Satz 2 wahrgenommen werden dürfen.

(4) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen durch Vereinbarungen mit den Trägern der freien Jugendhilfe sowie mit Vereinen im Sinne des § 54 sicherstellen, dass unter deren Verantwortung keine neben- oder ehrenamtlich tätige Person, die wegen einer Straftat nach Absatz 1 Satz 1 rechtskräftig verurteilt worden ist, in Wahrnehmung von Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt, betreut, erzieht oder ausbildet oder einen vergleichbaren Kontakt hat. Hierzu sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit den Trägern der freien Jugendhilfe Vereinbarungen über die Tätigkeiten schließen, die von den in Satz 1 genannten Personen auf Grund von Art, Intensität und Dauer des Kontakts dieser Personen mit Kindern und Jugendlichen nur nach Einsichtnahme in das Führungszeugnis nach Absatz 1 Satz 2 wahrgenommen werden dürfen.

(5) Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe dürfen von den nach den Absätzen 3 und 4 eingesehenen Daten nur den Umstand, dass Einsicht in ein Führungszeugnis genommen wurde, das Datum des Führungszeugnisses und die Information erheben, ob die das Führungszeugnis betreffende Person wegen einer Straftat nach Absatz 1 Satz 1 rechtskräftig verurteilt worden ist. Die Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe dürfen diese erhobenen Daten nur speichern, verändern und nutzen, soweit dies zum Ausschluss der Personen von der Tätigkeit, die Anlass zu der Einsichtnahme in das Führungszeugnis gewesen ist, erforderlich ist. Die Daten sind vor dem Zugriff Unbefugter zu schützen. Sie sind unverzüglich zu löschen, wenn im Anschluss an die Einsichtnahme keine Tätigkeit nach Absatz 3 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 2 wahrgenommen wird. Andernfalls sind die Daten spätestens drei Monate nach der Beendigung einer solchen Tätigkeit zu löschen.

8.7 Vorschriften des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

§ 8 Kinder- und Jugendgesundheitspflege

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst beteiligt sich in Zusammenarbeit mit öffentlichen und nicht öffentlichen Institutionen, mit der Ärzteschaft und mit Initiativen sowie in eigenständiger Aufgabenwahrnehmung an der Gesundheitsförderung und am Gesundheitsschutz von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Er beobachtet und bewertet die förderlichen und abträglichen Bedingungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern in ihrem Lebensumfeld.

(2) Untersuchungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen und Entwicklungsstörungen sind durch die Gesundheitsämter in den Gemeinschaftseinrichtungen in Ergänzung anderer Angebote durchzuführen. Sie wirken auf eine gesundheitsgerechte Ausgestaltung der Gemeinschaftseinrichtungen hin und beraten hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen. Sie wirken bei Integrationsmaßnahmen in Schulen und Kindergärten beratend mit.

(3) Die Gesundheitsämter führen vor Einschulung flächendeckend ärztliche Einschulungsuntersuchungen durch. Die ärztliche Untersuchung hat den Zweck, gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit oder die Teilnahme am Unterricht betreffende gesundheitliche Einschränkungen festzustellen. Die Bestimmungen der Vorschul- und Schulgesetze bleiben unberührt.

(4) Gruppenprophylaktische Maßnahmen für Kinder und Jugendliche zur Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs werden im Rahmen der mit den Krankenkassen, den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten und der Abteilung Zahnärzte der Ärztekammer des Saarlandes nach § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarung durchgeführt.

§ 8a - Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (Artikel 1 des Gesetzes zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung)

(1) Eine Zentrale Stelle ermittelt die Kinder im Alter von bis zu fünfeneinhalb Jahren, die nicht an einer für ihr jeweiliges Alter gemäß §§ 26 Abs. 1 und 25 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Früherkennungsuntersuchung (einschließlich Neugeborenen-Screening) oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich krankenversichert sind, an einer gleichwertigen Früherkennungsuntersuchung teilnehmen. Die Zentrale Stelle wird beim Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg eingerichtet. Sie trägt die Bezeichnung „Zentrum für Kindervorsorge“. Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales kann die Wahrnehmung der Aufgaben der Zentralen Stelle durch Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Vertrag auf Dritte übertragen, wenn der oder die Dritte die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben bietet. In dem Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Vertrag sind Regelungen zur Kostenerstattung und zur Aufsicht durch das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales zu treffen.

(2) Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger, die eine Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 1 durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle unverzüglich folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Datum der Durchführung der Früherkennungsuntersuchung,
8. Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.

(3) Zur Durchführung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz übermitteln die Meldebehörden der Zentralen Stelle regelmäßig die erforderlichen Daten. Die Zentrale Stelle gleicht diese Daten und die Daten nach Absatz 2 miteinander ab. Die Daten sind zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle nicht mehr erforderlich ist, ansonsten spätestens nach fünfeneinhalb Jahren.

(4) Die Zentrale Stelle kann die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter des Kindes, dessen Früherkennungsuntersuchung bevorsteht, zur Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung einladen. Die Zentrale Stelle lädt die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter eines Kindes, das nicht an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Lebensjahres bis zur Vollendung von fünfeneinhalb Lebensjahren vorgesehen ist, ein, die Früherkennungsuntersuchung nachzuholen.

(5) Wird eine Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe vor Vollendung des ersten halben Lebensjahres vorgesehen ist, versäumt oder wird eine Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Lebensjahres bis zur Vollendung von fünfeneinhalb Lebensjahren vorgesehen sind, trotz zweimaliger Einladung nach Absatz 4 Satz 2 nicht nachgeholt, übermittelt die Zentrale Stelle dem zuständigen Gesundheitsamt folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Bezeichnung der unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung.

(6) Das zuständige Gesundheitsamt bietet der nach Absatz 5 gemeldeten gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter eine Beratung über den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung sowie eine subsidiäre Durchführung der ausstehenden Früherkennungsuntersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt an.

(7) Erfolgt trotz des Angebots nach Absatz 6 keine Früherkennungsuntersuchung des Kindes, übermittelt das Gesundheitsamt dem zuständigen Jugendamt folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Bezeichnung der unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung,
8. Bezeichnung des von der gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter gegebenenfalls angegebenen Grundes für die Nichtdurchführung der Früherkennungsuntersuchung.

(8) Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Einrichtung der Zentralen Stelle, zum Verfahren der Datenmeldungen nach den Absätzen 2, 5 und 7, zur Aufwandsentschädigung derjenigen Personen, die Früherkennungsuntersuchungen durchführen und melden, zur Durchführung des Datenabgleichs nach Absatz 3, zur Durchführung der Einladung nach Absatz 4 einschließlich der Festlegung von Höchstfristen, innerhalb derer die Zentrale Stelle die Nacheinladungen zu den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen versendet, sowie zur Andienung des Angebots nach Absatz 6 zu regeln.

Zu § 8a ÖGDG: Verordnung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Aufgrund des § 8a Abs. 8 des Gesundheitsdienstgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 7. Februar 2007 (Amtsbl. S. 742) eingefügt worden ist, verordnet das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales:

§ 1 - Einrichtung des Zentrums für Kindervorsorge

(1) Das Zentrum für Kindervorsorge ist eine öffentlich-rechtliche Stelle. Die Fachaufsicht nimmt das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wahr. Die Dienstaufsicht erfolgt durch die Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum des Saarlandes.

(2) Die Räumlichkeiten des Zentrums für Kindervorsorge sind gesondert vom Klinikbetrieb auszuweisen.

(3) Der Zutritt zu den Räumlichkeiten, sowie der Zugang zur Software und sonstigen Verwaltung der Personendaten ist nur von der Klinikleitung namentlich zu benennenden berechtigten Personen gestattet. Die technischen Zugangssicherungen sind durch entsprechende Maßnahmen zu gewährleisten und regelmäßig zu überprüfen.

§ 2 - Verfahren der Datenmeldungen

(1) Die in dieser Verordnung genannten Datenmeldungen erfolgen elektronisch über einen gesicherten Internetzugang. Alternativ kann die Datenübermittlung per Telefax erfolgen.

(2) Zur Übermittlung über einen gesicherten Internetzugang stellt das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales den Meldenden eine einheitliche Software mit Zugangssicherung zur Verfügung. Sie wird auf Kosten des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales vor Ort installiert und betreut.

§ 3 - Übermittlung der Meldedaten durch die Meldebehörden

Die Meldebehörden übermitteln nach § 8a Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes die in § 14 der Meldedatenübermittlungsverordnung festgelegten Daten wöchentlich vor Beginn des jeweiligen Untersuchungszeitraums einer Früherkennungsuntersuchung an das Zentrum für Kindervorsorge.

§ 4 - Einladung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen

(1) Die in § 8 a Abs. 4 des Gesundheitsdienstgesetzes vorgesehene Einladung der gesetzlichen Vertreterin und /oder des gesetzlichen Vertreters mit Wohnsitz im Saarland zur jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung durch das Zentrum für Kindervorsorge erfolgt anhand der Daten der Meldebehörden nach § 3.

(2) Die Einladung erfolgt schriftlich in deutscher Sprache. Die Einladung wird im Einladungsschreiben in gekürzter Form gleichzeitig in den hauptsächlich vertretenen Fremdsprachen englisch, französisch, polnisch, russisch, serbo-kroatisch, türkisch und italienisch ausgesprochen.

§ 5 - Meldungen über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch Ärztinnen/Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger

(1) Nach Durchführung der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung melden Ärztinnen und Ärzte, beim Neugeborenenenscreening auch Hebammen und Entbindungspfleger, die Teilnahme des Kindes zur Durchführung des Abgleichs an das Zentrum für Kindervorsorge. Die Meldung über die Durchführung der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung muss innerhalb von 3 Arbeitstagen an das Zentrum für Kindervorsorge erfolgen. Die Meldung über die Durchführung des Neugeborenenenscreenings hat taggleich zu erfolgen.

(2) Sind behinderte oder chronisch kranke Kinder in ständiger ärztlicher Betreuung und ist innerhalb des Untersuchungszeitraums einer Früherkennungsuntersuchung deren Durchführung aus wichtigem Grund

nicht möglich, hat der behandelnde Arzt diesen Umstand dem Zentrum für Kindervorsorge innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Ende des Untersuchungszeitraums mitzuteilen. Die Behinderung oder chronische Erkrankung ist dabei nicht mitzuteilen.

(3) Zur Durchführung ihrer Aufgaben erhalten die meldenden Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger eine finanzielle Aufwandentschädigung von 2,80 Euro pro Meldung. Diese Aufwandentschädigung wird rückwirkend für den Zeitraum ab 1. Januar 2009 gezahlt. Für den Meldezeitraum 2009 wird der meldenden Ärztin oder dem meldenden Arzt vorab eine Abschlagszahlung in Höhe von maximal 1.000 Euro gewährt.

§ 6 - Datenabgleich und Einladungswesen

(1) Das Zentrum für Kindervorsorge führt den Abgleich der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch. Dazu gleicht es die Daten der Meldebehörden nach § 3 mit den Daten der Meldungen der Ärztinnen und Ärzte, Geburtshelfer und Entbindungspfleger nach § 5 ab.

(2) Der Datenabgleich erfolgt elektronisch mittels eines automatisierten Verfahrens.

(3) Bleibt eine Arztmeldung über die erfolgte Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Jahres bis zur Vollendung von fünfeneinhalb Jahren vorgesehen ist, nach dem dafür vorgesehenen Zeitraum aus, lädt das Zentrum für Kindervorsorge die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter mit Wohnsitz im Saarland durch ein erstes Erinnerungsschreiben ein, die jeweilige Untersuchung nachzuholen.

Die Frist zum Versenden der ersten erinnernden Einladung nach Ablauf des Untersuchungszeitraumes beträgt 1 Woche.

(4) Erfolgt binnen zwei Wochen nach Absendung des ersten Erinnerungsschreibens keine Rückmeldung über die erfolgte Teilnahme, erinnert das Zentrum für Kindervorsorge die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter mit Wohnsitz im Saarland ein zweites Mal an die ausstehende Früherkennungsuntersuchung.

(5) Für die Form der Einladungen nach Abs. 3 und Abs. 4 gilt § 4 Abs. 2 entsprechend.

§ 7 - Meldung an das Gesundheitsamt

Erfolgt nach zweimaliger erinnernder Einladung binnen weiterer zwei Wochen keine Arztmeldung über die erfolgte Teilnahme, übermittelt das Zentrum für Kindervorsorge die in § 8a Absatz 5 des Gesundheitsdienstgesetzes genannten Daten an das für den Wohnsitz der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters zuständige Gesundheitsamt.

§ 8 - Andienung des Angebots durch das Gesundheitsamt

(1) Das Gesundheitsamt nimmt umgehend schriftlich in der in § 4 Abs. 2 beschriebenen Form und ggf. telefonisch Kontakt zur gesetzlichen Vertreterin und/oder zum gesetzlichen Vertreter des betroffenen Kindes mit Wohnsitz im Saarland auf. Es weist auf die ausstehende Teilnahme sowie den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung hin. Die gesetzlichen Vertreter werden um eine umgehende Vorstellung des Kindes bei einer niedergelassenen Ärztin oder bei einem niedergelassenen Arzt mit Vorlage des Schreibens und Rückmeldeformular an das Gesundheitsamt gebeten. Zugleich wird um umgehende telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt gebeten und ein Hausbesuch zu einem festgelegten Termin für den Fall angekündigt, dass eine Kontaktaufnahme innerhalb von 5 Arbeitstagen nicht erfolgt.

(2) Kommt eine Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes zur gesetzlichen Vertreterin und/oder zum gesetzlichen Vertreter innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge nicht zustande, erfolgt die aufsuchende Beratung durch das Gesundheitsamt zum angekündigten Termin. Ist die gesetzliche Vertreterin und/oder der gesetzliche Vertreter nicht anzutreffen, wird ein weiterer angekündigter Hausbesuch innerhalb von 5 Arbeitstagen durchgeführt.

(3) Kommt eine Kontaktaufnahme mit der gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter zu Stande, erfolgt aber dennoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge keine Rückmeldung über die durchgeführte Untersuchung, wird durch eine nochmalige aufsuchende Beratung innerhalb von 5 Arbeitstagen auf die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung hingewiesen.

(4) Die Versuche zur Kontaktaufnahme sind vom Gesundheitsamt in geeigneter Weise zu dokumentieren.

(5) Für den Fall, dass ein Besuch bei einer niedergelassenen Ärztin beziehungsweise einem niedergelassenen Arzt aus wichtigem Grund nicht möglich ist, bietet das Gesundheitsamt subsidiär die Durchführung der Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt des Gesundheitsamtes an.

§ 9 - Meldung an das Jugendamt

(1) Erfolgt trotz der Maßnahmen nach § 8 binnen 3 Wochen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge keine Kontaktaufnahme oder keine Rückmeldung über die durchgeführte Untersuchung, übermittelt das Gesundheitsamt die in § 8a Absatz 7 des Gesundheitsdienstgesetzes genannten Daten an das für den Wohnsitz der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters zuständige Jugendamt.

(2) Das Jugendamt trifft die weiteren erforderlichen Maßnahmen in eigener Zuständigkeit.

8.8 Vorschriften des Saarländischen Polizeigesetzes (SPolG)

§ 12 SPolG - Platzverweisung, Wohnungsverweisung, Aufenthaltsverbot

(1) Die Polizei kann zur Abwehr einer Gefahr eine Person vorübergehend von einem Ort verweisen oder ihr vorübergehend das Betreten eines Ortes verbieten. Die Platzverweisung kann insbesondere gegen Personen angeordnet werden, die den Einsatz der Feuerwehr oder der Hilfs- und Rettungsdienste behindern.

(2) Zur Abwehr einer Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Mitbewohnerin oder eines Mitbewohners kann die Vollzugspolizei die Person, von der die Gefahr ausgeht, aus der Wohnung und dem unmittelbar angrenzenden Bereich verweisen (Wohnungsverweisung) und ihr die Rückkehr untersagen (Rückkehrverbot). In besonders begründeten Fällen können die Maßnahmen auf Wohn- und Nebenräume beschränkt werden. Die Person, gegen die sich die Maßnahme richtet, hat nach Aufforderung eine Zustelladresse anzugeben. Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot enden mit Ablauf des zehnten Tages nach ihrer Anordnung, wenn nicht im Einzelfall ein kürzerer Zeitraum festgesetzt wird. Wird ein Antrag auf zivilrechtlichen Schutz gestellt, kann die Maßnahme um zehn Tage verlängert werden. Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot enden in jedem Fall mit dem Tag der gerichtlichen Entscheidung, die der Polizeivollzugsbehörde ebenso wie die Beantragung des zivilrechtlichen Schutzes unverzüglich durch das Gericht mitzuteilen sind.

(3) Die Polizei kann einer Person verbieten, einen bestimmten Ort, ein bestimmtes Gebiet innerhalb einer Gemeinde oder ein Gemeindegebiet zu betreten oder sich dort aufzuhalten, soweit Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass diese Person dort Straftaten begehen wird (Aufenthaltsverbot). Das Verbot ist zeitlich und örtlich auf den zur Verhütung der Straftat erforderlichen Umfang zu beschränken. Es darf räumlich nicht den Zugang zur Wohnung der betroffenen Person umfassen. In begründeten Fällen können Ausnahmen von dem Aufenthaltsverbot zugelassen werden

8.9 Vorschriften des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG)

§ 1 Aufklärung

(1) Die für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung zuständige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger zum Zwecke der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten Konzepte zur Sexualaufklärung, jeweils abgestimmt auf die verschiedenen Alters- und Personengruppen.

(1a) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt entsprechend Absatz 1 Informationsmaterial zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung. Das Informationsmaterial enthält den Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2 und auf Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbände und Verbände von Eltern behinderter Kinder. Die Ärztin oder der Arzt händigt der Schwangeren das Informationsmaterial im Rahmen der Beratung nach § 2a Absatz 1 aus.

(2) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verbreitet zu den in Absatz 1 genannten Zwecken die bundeseinheitlichen Aufklärungsmaterialien, in denen Verhütungsmethoden und Verhütungsmittel umfassend dargestellt werden.

(3) Die Aufklärungsmaterialien werden unentgeltlich an Einzelpersonen auf Aufforderung, ferner als Lehr- oder Informationsmaterialien an schulische und berufsbildende Einrichtungen, an Beratungsstellen, an

Frauenärztinnen und Frauenärzte, Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Einrichtungen, die pränataldiagnostische Maßnahmen durchführen, Humangenetikerinnen und Humangenetiker, Hebammen sowie an alle Institutionen der Jugend- und Bildungsarbeit abgegeben.

(4) Der Bund macht die Hilfen für Schwangere und Mütter bekannt; dazu gehört auch der Anspruch auf anonyme Beratung nach § 2 Absatz 1 und auf die vertrauliche Geburt. Die Informationen über die vertrauliche Geburt beinhalten auch die Erklärung, wie eine Frau ihre Rechte gegenüber ihrem Kind nach einer vertraulichen Geburt unter Aufgabe ihrer Anonymität und wie sie schutzwürdige Belange gegen die spätere Offenlegung ihrer Personenstandsdaten geltend machen kann. Der Bund fördert durch geeignete Maßnahmen das Verständnis für Eltern, die ihr Kind zur Adoption freigeben.

(5) Der Bund stellt durch einen bundesweiten zentralen Notruf sicher, dass Schwangere in Konfliktlagen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, jederzeit und unverzüglich an eine Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 vermittelt werden. Er macht den Notruf bundesweit bekannt und betreibt kontinuierlich Öffentlichkeitsarbeit für den Notruf.

§ 2 Beratung

(1) Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Zwecken in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen.

(2) Der Anspruch auf Beratung umfasst Informationen über

1. Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung,
2. bestehende familienfördernde Leistungen und Hilfen für Kinder und Familien, einschließlich der besonderen Rechte im Arbeitsleben,
3. Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft und die Kosten der Entbindung,
4. soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, insbesondere finanzielle Leistungen sowie Hilfen bei der Suche nach Wohnung, Arbeits- oder Ausbildungsplatz oder deren Erhalt,
5. die Hilfsmöglichkeiten für behinderte Menschen und ihre Familien, die vor und nach der Geburt eines in seiner körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit geschädigten Kindes zur Verfügung stehen,
6. die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken,
7. Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft,
8. die rechtlichen und psychologischen Gesichtspunkte im Zusammenhang mit einer Adoption.

Die Schwangere ist darüber hinaus bei der Geltendmachung von Ansprüchen sowie bei der Wohnungssuche, bei der Suche nach einer Betreuungsmöglichkeit für das Kind und bei der Fortsetzung ihrer Ausbildung zu unterstützen. Auf Wunsch der Schwangeren sind Dritte zur Beratung hinzuzuziehen.

(3) Zum Anspruch auf Beratung gehört auch die Nachbetreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch oder nach der Geburt des Kindes.

(4) Einer Schwangeren, die ihre Identität nicht preisgeben und die ihr Kind nach der Geburt abgeben möchte, ist ein ausführliches ergebnisoffenes Beratungsgespräch zur Bewältigung der psychosozialen Konfliktlage anzubieten. Inhalt des Beratungsgesprächs sind:

1. geeignete Hilfsangebote zur Bewältigung der Situation und zur Entscheidungsfindung sowie
2. Wege, die der Schwangeren die Aufgabe der Anonymität oder ein Leben mit dem Kind ermöglichen.

§ 2a Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen

(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der

schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Absatz 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Absatzes 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Absatz 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.

(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Absätzen 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Absatz 2 Satz 2.

§ 3 Beratungsstellen

Die Länder stellen ein ausreichendes Angebot wohnortnaher Beratungsstellen für die Beratung nach § 2 sicher. Dabei werden auch Beratungsstellen freier Träger gefördert. Die Ratsuchenden sollen zwischen Beratungsstellen unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung auswählen können.

§ 4 Öffentliche Förderung der Beratungsstellen

(1) Die Länder tragen dafür Sorge, dass den Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 für je 40 000 Einwohner mindestens eine Beraterin oder ein Berater vollzeitbeschäftigt oder eine entsprechende Zahl von Teilzeitbeschäftigten zur Verfügung steht. Von diesem Schlüssel soll dann abgewichen werden, wenn die Tätigkeit der Beratungsstellen mit dem vorgesehenen Personal auf Dauer nicht ordnungsgemäß durchgeführt **werden** kann. Dabei ist auch zu berücksichtigen, daß Schwangere in angemessener Entfernung von ihrem Wohnort eine Beratungsstelle **aufsuchen** können.

(2) Zur Information über die Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich und zur Sicherstellung einer umfassenden Beratung wirken die Beratungsstellen in den Netzwerken nach § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz mit.

(3) Die zur Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes nach den §§ 3 und 8 erforderlichen Beratungsstellen haben Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten.

(4) Näheres regelt das Landesrecht

