

Leitfaden
für Ärztinnen
und Ärzte

Gewalt

gegen

Kinder



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gewalt

gegen

Kinder

Herausgeber:

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart
www.aerztekammer-bw.de

Gestaltung:

Ärztliche Pressestelle, Leiter: Dr. med. Oliver Erens

Redaktionsschluss:

Juli 2013

© 2013 Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck oder Vervielfältigung auf Papier und elektronischen Datenträgern sowie Einspeisung in Datennetze nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Überarbeitete Fassung des Leitfadens mit freundlicher Genehmigung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz: Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Billstraße 80 a, D-20539 Hamburg

Geleitwort

Die Kinder in unserem Land sollen die bestmöglichen Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen haben. Sie haben ein Recht darauf, vor Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung geschützt zu werden. In den vergangenen Jahren hat sich auf dem Gebiet des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen bei der Prävention von Gewalt gegen Kinder und der Frühintervention bereits eine Menge getan.

Ärztinnen und Ärzte haben eine besondere Rolle bei der Sicherstellung von Kindergesundheit und Kinderschutz. Nachdem durch das Landeskinderschutzgesetz die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern verbindlich geworden ist, ist diese Verantwortung der Ärzteschaft noch gestärkt worden. Gleichzeitig haben Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen einen besonderen Zugang zu Kindern und Eltern.

Wichtig ist, dass Kindeswohlgefährdungen früh erkannt werden. Hierzu bedarf es profunden Wissens und einer Kultur des Hinsehens. Sodann gilt es, besonnen zu handeln und Hilfe zu vermitteln. Eine gute Fortbildung und Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte ist für die Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdungen und die Qualität des weiteren Vorgehens von großer Bedeutung. Ganz entscheidend ist auch die Fähigkeit, mit den Eltern über die Wahrnehmung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung zu sprechen und sie ins Hilfesystem zu vermitteln, und dabei die bestehende Vertrauensbeziehung aufrechtzuerhalten.

In Baden-Württemberg wirken Ärztinnen und Ärzte flächendeckend in regionalen Netzwerken zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe mit. Das Land unterstützt im Schulterschluss mit den Kommunen den Auf- und Ausbau solcher Netzwerke zu Frühen Hilfen und Kinderschutz. Im Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz“ erhalten 35 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg eine fachkundige, auf die örtlichen Verhältnisse zugeschnittene Beratung zum Ausbau der Netzwerke.

Es wurde schon vor Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes im Land mit dem Aufbau der notwendigen Strukturen begonnen. Dies zeigt sich nun auch bei der Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ und der Verteilung der vom Bund bereitgestellten Mittel: Wir können auf bereits vorhandene, gut entwickelte Strukturen im Bereich Frühe Hilfen, Netzwerke und Familienhebammen aufbauen.

Gemeinsam mit allen am Kinderschutz beteiligten Institutionen und Berufsgruppen haben wir in Baden-Württemberg bereits viel erreicht. Die Landesärztekammer ist hierbei ein wichtiger und engagierter Partner. Dies hat sie mit der Neuauflage dieses für die Fortbildung der Ärzteschaft wichtigen Leitfadens nun ein weiteres Mal bewiesen.

Wir freuen uns, weiterhin gemeinsam mit der Landesärztekammer für die Kinder in unserem Lande die Grundlage für einen guten Start ins Leben zu schaffen.

*Katrin Altpeter MdL
Ministerin für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren*

Wir schauen hin!

Seit 1992 und damit seit mehr als zwei Jahrzehnten beschäftigt sich die Landesärztekammer Baden-Württemberg in einem eigens hierfür eingerichteten Ausschuss mit der Problematik der Gewalt gegen Kinder. Seither hat sich viel getan!

1998 wurde der Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer zum ersten Mal herausgegeben. Ein Ziel des Leitfadens war und ist es, dazu beizutragen, hinzusehen statt wegzuschauen, um frühzeitiges Erkennen und Handeln möglich zu machen.

1999 wurden in Baden-Württemberg 2.300 Fälle sexueller Missbrauchs bekannt. 2006 waren es zirka 4.100 Fälle, 2011 rund 12.400 Fälle und 2012 etwa 12.600 Fälle.

Alle Experten sind sich einig: nicht die Zahl der Fälle ist gestiegen, sondern die Zahl deren Anzeige. Somit sind wir diesem Ziel des Leitfadens ein gutes Stück näher gekommen. Wir schauen hin!

Aber auch die fach- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit sowie Kooperation mit den anderen Institutionen, wie Staatsanwaltschaft, Polizei, Jugendämter, Sozialämter und andere hat sich in den letzten Jahren stark verbessert und Berührungsängste wurden abgebaut, wie die Vielzahl auch ärztlicher Initiativen im Rahmen der Frühen Hilfen und die durchgeführten Fachtagungen belegen.

In der nunmehr dritten Auflage des Leitfadens werden nun neu erläutert insbesondere die Änderungen in der Bundes- und Landesgesetzgebung der letzten Jahre, die zu deutlich mehr Rechtssicherheit für das ärztliche Handeln beim Erkennen der Gewalt gegen Kinder führt, sowie die neuen Formen der Gewalt gegen Kinder – Mobbing und Cybermobbing.

Bei der Überarbeitung konnten wir wieder auf die Vorarbeiten des Amtes für Gesundheit und Verbraucherschutz der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) der Freien und Hansestadt Hamburg zurückgreifen, dem wir an dieser Stelle ganz herzlich danken.

Mit der Veröffentlichung des Leitfadens hoffen wir weiterhin, dass die Sensibilität und Sicherheit im Umgang mit betroffenen Kindern weiter erhöht und bei allen beteiligten Institutionen und Berufsgruppe verbessert werden kann – zum Wohl und Schutz unserer Kinder!

Dr. Christian Benninger
Vorsitzender des Ausschusses „Gewalt gegen Kinder“

Dr. Ulrich Clever
Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Vorwort der Redaktion

Körperliche und seelische Gewalt, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, Demütigung, sexueller Missbrauch hinterlassen bei Kindern ein Leben lang Spuren. Die Polizeiliche Kriminalstatistik verzeichnete für das Jahr 2011 insgesamt 3.583 Fälle von Kindesmisshandlung (§ 225 StGB). Insgesamt gab es 4.126 Opfer, 55,6 Prozent davon waren männlich, 44,4 Prozent weiblich (Quelle: www.polizeiberatung.de).

1998 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg den Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ herausgegeben. Dieser war schnell vergriffen. 2001 folgte die 2. Auflage, diese ist ebenfalls vergriffen und entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand.

Ein Redaktionsteam aus den Reihen der Mitglieder des Ausschusses „Gewalt gegen Kinder“ der LÄK BW hat 1997/98 diesen Leitfaden erarbeitet. Basierend auf dem Hamburger Leitfaden von 1996 wurde unser Leitfaden aktualisiert und auf die Verhältnisse in BW umgearbeitet. Seit der 2. Auflage 2001 sind viele Jahre vergangen, aber weiterhin ist das Interesse groß, mehr über die Möglichkeiten des frühen Erkennens von Gewalt gegen Kinder und über die frühzeitigen und geeigneten Hilfen für die betroffenen Kinder und deren Familien zu erfahren. 2012 beauftragte die LÄK BW das Redaktionsteam, den Leitfaden an heutige aktuelle Verhältnisse anzupassen. Mit tatkräftiger Unterstützung aller Mitglieder des Ausschusses „Gewalt gegen Kinder“ haben wir unseren Leitfaden von 1998 und 2001 in wesentlichen Teilen neu geschrieben. Hilfreich war uns hierbei der von der TK NRW herausgegebene Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“, 3. Auflage 2011.

Der vorliegende Leitfaden möchte allen Personen, die mit dem Thema Gewalt gegen und Missbrauch von Kindern und Jugendlichen in irgendeiner Form konfrontiert sind, eine Hilfestellung geben. Wir alle, die wir Dank unseres Berufes nah am Kind bzw. Jugendlichen sind, haben die Chance, aber auch die Aufgabe, die Symptome früh zu erkennen, die die Folge von Vernachlässigung und körperlicher bzw. psychischer Gewalt sein können.

Neu eingefügt wurde der Abschnitt über das Mobbing und Cybermobbing als eine Form der Gewalt von Kindern und Jugendlichen untereinander. Das Kapitel „Rechtliche Rahmenbedingungen“ musste in großen Teilen neu geschrieben werden. Eine wesentliche Schwierigkeit bereitet die Entscheidung, wann Informationen entgegen der ärztlichen Schweigepflicht an wen weiter gegeben werden dürfen. Das neue Bundeskinderschutzgesetz trägt hier zu einer Klärung bei.

Dieser Leitfaden soll Ihnen in der täglichen Praxis das frühzeitige Erkennen und Helfen erleichtern. Für alle mit Kindern und Jugendlichen befassten Personen ist es wichtig, an die Symptome der Kindesmisshandlung ebenso rasch und entschlossen zu denken wie an den banalen Infekt.

Wenn dieser Leitfaden zur Verbesserung der Situation beitragen kann, dann freuen wir uns zusammen mit den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen.

Das Redaktionsteam

*Andreas Oberle,
Eberhard Schilling,
Volker Stechele*

Inhalt

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	8
1.1 Körperliche Gewalt.....	9
1.2 Seelische Gewalt.....	9
1.3 Vernachlässigung	9
1.4 Sexuelle Gewalt	10
1.5 Cybermobbing.....	10
2. Rahmenbedingungen für das ärztliche Handeln	11
2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	11
2.2. Das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) bzw. das darin enthaltene „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“ vom 22. Dezember 2011, in Kraft getreten am 1.1.2012	13
2.3. Mit anderen Institutionen kooperieren.....	17
2.4. Handlungsempfehlungen bei dringendem Verdacht von Kindesmisshandlungen.....	19
Musterbrief für eine schriftliche Meldung an das Jugendamt	21
3. Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit	23
Bessere Prognose durch Früherkennung.....	23
Schutzfaktoren erkennen.....	23
3.1 Früherkennung von Risikomeerkmalen zur Kindeswohlgefährdung.....	24

3.2 Vorgehen bei Aufenthalt in der Geburtshilfeklinik oder Kinderklinik und in der ärztlichen Praxis	25
3.3 Etablierung früher Unterstützung und früher Hilfen	26
3.4 Nachverfolgung der Risikobelastungen, des Vorsorgeverhaltens und der Entwicklung des Kindes	26
4. Diagnostik und Befunderhebung	28
4.1 Diagnostik als Prozess	28
4.3 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	33
4.4 Sexueller Missbrauch	34
4.5 Beurteilung der familiären Situation	36
4.6 Bewertung der Befunde	37
5. Fallmanagement in der Arztpraxis	38
5.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	38
5.2 Verhalten während des Praxisbesuchs	39
5.3 Zwischen den Praxisbesuchen	40
5.4 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	41
6. Mobbing und Cybermobbing	43
6.1 Cybermobbing – Was ist das eigentlich?	43
6.2 Mobbing und Cybermobbing – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	44
6.3 Wie gefährdet sind Kinder und Jugendliche im Netz?	44
6.4 Folgen von Cybermobbing	45
6.5 Was kann man gegen Cybermobbing tun?	47
7. Dokumentationsbogen	49
Dokumentationsbogen	50
Wichtige Adressen auf einen Blick	56

Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Heimen) geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“

(Quelle: Drucksache 10/4560 des Deutschen Bundestages 1996)

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

Definition Kindesmisshandlung

Die eingangs zitierte Definition stimmt nicht ohne Weiteres mit den entsprechenden straf- oder familienrechtlichen Definitionen überein. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (z. B. Ärzte*, Sozialarbeiter) von Gewalt gegen Kinder gesprochen werden kann.

Auch der Deutsche Bundestag verwendet die obige Definition unter diesem Aspekt. In ihr wird deutlich, dass Gewalt gegen Kinder folgende Formen annehmen kann:

- Körperliche Gewalt
- Seelische Gewalt
- Vernachlässigung
- Sexuelle Gewalt
- Cybermobbing

Gewalt wird meist in der Familie ausgeübt

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt wird fast

** Die Bezeichnung „Arzt“ gilt hier, wie im Folgenden, als weibliche und männliche Form. Dieses gilt auch für die weiteren Berufsbezeichnungen.*

immer in der Familie oder in anderen Zusammenlebenssystemen ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung.

Die zunehmende Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen Kinder in unserer Gesellschaft darf nicht dazu führen, dass wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf misshandelnde Personen (und ihre Opfer) richten und dabei die Gewaltförmigkeit der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse vergessen. Diesen Verhältnissen sind alle Menschen – je nach ihrer sozialen Lage ausgesetzt. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend ist eine häufig übersehene Ursache für Gewalt gegen Kinder.

Vernetzte Hilfe verschiedener Institutionen ist erforderlich

Den verantwortlichen Erwachsenen sollen frühzeitig Hilfen zur Selbsthilfe angeboten werden. Dabei müssen verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um dem komplexen Problem gerecht zu werden. Das Bundeskinderschutzgesetz vom 1. Januar 2012 hat die Prävention und Intervention im Kinderschutz zum Ziel und stärkt alle Akteure, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren – angefangen bei den Eltern, über den Kinderarzt oder die Hebamme bis hin zum Jugendamt oder Familiengericht. In diesem Leitfaden sollen dabei Ihre Rolle als Ärztin und Arzt sowie die Hilfen

für das Kind im Vordergrund stehen. Möglichkeiten für ein gemeinsames Fallmanagement mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen werden aufgezeigt.

1.1 Körperliche Gewalt

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

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 Erstickten 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.

1.2 Seelische Gewalt

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

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).

Das Kind erlebt Ablehnung

Seelische Gewalt liegt beispielsweise dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Anforderungen (Schule, Sport,) überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird.

Überzogene Bestrafungen sind Gewaltakte

Schwerwiegend sind ebenfalls Situationen, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinlassen, Isolation des Kin-

des, Drohungen, Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind.

Kinder werden in partnerschaftlichen Konflikten missbraucht

Mädchen und Jungen werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht, indem sie gezwungen werden, sich elterliche Streitereien anzuhören, oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zu seelischer Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt.

1.3 Vernachlässigung

Mangel an Fürsorge und Förderung

Die Vernachlässigung stellt eine Besonderheit sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung.

Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann aktiv oder passiv (auch unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Um gerade die langfristige Auswirkung von Vernachlässigung zu verdeutlichen, ist folgende Definition hilfreich:

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

1.4 Sexuelle Gewalt

Definition von sexueller Gewalt

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

Unter sexueller Gewalt versteht man sexuelle Handlungen eines Erwachsenen oder eines in der Regel älteren Jugendlichen an und mit einem Kind. Der Erwachsene benutzt das Kind als Objekt zur Befriedigung seiner sexuellen Bedürfnisse. Dabei ist das Kind nicht imstande, die Situation zu kontrollieren. Auch wenn Kinder sexuelle Handlungen mit einem Erwachsenen situativ nicht als unangenehm empfinden, liegt trotzdem ein Missbrauch vor.

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. Viele missbrauchende Erwachsene verpflichten oder erpressen die Kinder zum Schweigen über den Missbrauch.

Sexuelle Gewalt ist nicht nur körperlicher Missbrauch

Formen sexueller Gewalt sind das Berühren des Kindes an den Geschlechtsteilen, die Aufforderung, den Täter anzufassen, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Fingern oder Gegenständen. Auch Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, Darbieten von Pornografie, sexualisierte Sprache und Herstellung von Kinderpornografie sind sexuelle Gewaltakte.

Diese Formen der sexuellen Gewalt werden zunehmend auch im Internet dargestellt.

1.5 Cybermobbing

Mobbing ist weder unter Kindern und Jugendlichen in der Schule noch in der Forschung ein neues Phänomen. Dazu gehören beispielsweise körperliche Aggression (z. B. schlagen, stoßen, treten) oder verbale Angriffe (z. B. „dumme Sprüche“ nachrufen, drohen, hänseln).

In den letzten zehn Jahren, und untrennbar mit dem rasanten Aufstieg des Internets und der mobilen Kommunikationstechnologien verbunden, macht ein neues Phänomen von sich reden: Cybermobbing. Dabei handelt es sich um alle Formen von Schikane, Verunglimpfung, Betrug, Verrat und Ausgrenzung mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien, bei denen sich das Opfer hilflos oder ausgeliefert und (emotional) belastet fühlt. Circa jeder dritte Jugendliche war schon einmal Opfer von Cybermobbing.

Im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses gehört die ärztliche Schweigepflicht zu den essenziellen Berufspflichten eines Arztes. Die Verschwiegenheitspflicht dient dem Schutz der Geheimsphäre des einzelnen, aber auch dem Interesse der Allgemeinheit, dass das Vertrauen zwischen Arzt und Patient nicht beeinträchtigt wird.“

2. Rahmenbedingungen für das ärztliche Handeln

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Einleitung

Die nachfolgenden Hinweise auf die „rechtlichen Rahmenbedingungen“ informieren die Ärzte darüber, was anlässlich von „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ (rechtlich) zu beachten ist.

Erhebliche Schwierigkeiten bereitet in diesem Zusammenhang die Entscheidung der Ärzteschaft, wann Informationen entgegen der ärztlichen Schweigepflicht an wen weiter gegeben werden dürfen.

Hierüber soll diese Schrift grundlegende Hilfestellung leisten.

Geltungsbereich

§ 9 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 10.12.2012 (Schweigepflicht) schreibt vor, dass „Ärztinnen und Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientinnen und Patienten hinaus – zu schweigen haben“.

Die nachfolgenden Hinweise wenden sich dem entsprechend nur an den Arzt, der „in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit“ (so § 4 Abs. 1 Satz 1 KKG – „Gesetz zur Kooperation und Infor-

mation im Kinderschutz“, in Kraft seit dem 1.1.2012 –) oder „als Arzt“ (§ 203 Abs. 1 Satz 1 StGB) im Rahmen eines bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisses behandelt oder behandelt hat. Angesprochen ist auch der Arzt, der, wie beispielsweise Sachverständige im Auftrag Dritter (z.B. eines Gerichts) oder im Rahmen eines Notfalls tätig geworden ist.

Nicht erfasst sind damit Vorgänge, beispielsweise von Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche, die Sie, wie jede oder jeder andere auch – zum Beispiel als Nachbarin oder Nachbar – wahrnehmen. In diesen, nicht eine ärztliche Tätigkeit betreffenden Fällen dürfen Sie das Jugendamt, das Familiengericht, die Polizei oder die Staatsanwaltschaft informieren bzw. hinzuziehen.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Behandeln Sie minderjährige Patienten (Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), kommt in der Regel ein Behandlungsvertrag zwischen Ihnen einerseits und dem oder den Sorgeberechtigten des Minderjährigen andererseits zustande (es handelt sich um einen sogenannten Behandlungsvertrag zu Gunsten des minderjährigen Kindes, §§ 328 ff, 611 ff, 630 a ff BGB –neues Patientenrechtegesetz, gültig seit dem 26.2.2013).

Zu beachten ist demzufolge, dass neben den vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen und dem oder den Sorgeberechtigten im Rahmen des Behandlungsvertrages dem minderjährigen Patienten auch höchst persönliche Rechte (z. B.

ein Recht auf Information oder Vetorecht bei schweren medizinischen Eingriffen, auch das Recht auf ärztliche Schweigepflicht) zustehen können (Näheres siehe unten: Allgemein anerkannte Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht).

Die Rechtspflichten der Ärztin oder des Arztes

Gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der Fassung vom 10.12.2012 „dienen Ärztinnen und Ärzte der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“.

Für Sie besteht vorrangig als eine so genannte „Hauptleistungspflicht“ die Heilbehandlung des Patienten.

Im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses gehört die ärztliche Schweigepflicht zu den essenziellen Berufspflichten eines Arztes. Die Verschwiegenheitspflicht dient (schon ab Anbahnung des Arzt-Patienten-Verhältnisses) dem Schutz der Geheimsphäre des einzelnen, aber auch dem Interesse der Allgemeinheit, dass das Vertrauen zwischen Arzt und Patient nicht beeinträchtigt wird (Handbuch Medizinrecht, Ratzel/ Luxenburger/Giring, § 14, RN. 106). Die ärztliche Schweigepflicht bezieht sich nicht nur auf die mitbeteiligten Sorgeberechtigten (Eltern) des Minderjährigen, sondern gleichermaßen auch auf den minderjährigen Patienten selber.

Die Nichtbeachtung der ärztlichen Schweigepflicht kann Schadensersatzansprüche (§ 823 BGB), aber auch die strafrechtliche Verfolgung gemäß § 203 StGB („Verletzung von Privatgeheimnissen“) sowie berufsrechtliche Maßnahmen (Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg) nach sich ziehen.

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht als solche ist bisher im Einzelnen insbesondere durch ein Bundesgesetz und im Vertragsrecht gesetzlich nicht geregelt. Auch das

Patientenrechtegesetz regelt insoweit nichts.

Eingeschränkte Weitergeltung landesrechtlicher Regelungen zum Kinderschutz

Bisherige landesrechtliche Regelungen werden, soweit Personen, „die der Schweige- oder Geheimhaltungspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen“, berechtigt oder gar verpflichtet waren, eine Kindeswohlgefährdung dem Jugendamt mitzuteilen, durch das KKG ersetzt (vergleiche: Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg vom 18. Februar 2009).

Weiterhin gilt nach dem Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg vom 18. Februar 2009 die Pflicht der Personensorgeberechtigten, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen. Da diese Vorsorgemaßnahme der Gesundheit der Kleinkinder dient, ist der Arzt, sollten die Sorgeberechtigten nach Anhörung die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung unterlassen, berechtigt, dem Jugendamt hiervon Kenntnis zu geben.

Allgemein anerkannte Regeln zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Dennoch gab und gibt es zahlreiche Erlaubnistatbestände, die Sie in die Lage versetzen, die „ärztliche Schweigepflicht“ zu durchbrechen.

Sie sind von der ärztlichen Schweigepflicht befreit, sofern Sie nicht „unbefugt“ (§ 203 StGB) handeln.

Dies ist der Fall, wenn

- der Patient Sie ausdrücklich oder stillschweigend von der Schweigepflicht entbindet.

Bei der „Einwilligung“ zur Offenbarung des „ärztlichen Geheimnisses“ ist in den Fällen, in denen minderjährige Patienten behandelt werden, wichtig zu beachten, dass sowohl die Einwilligung der Eltern oder der Sorgeberechtigten, aber auch die Einwilligung des minderjährigen Patienten vorliegen

muss, sofern „dieser ein solches Maß an Verstandesreife erreicht hat, dass er die Tragweite seiner Entscheidung zu übersehen vermag“ (Palandt, BGB, 72. Auflage, Überblick vor § 104, RN. 8). Allgemein wird angenommen, dass jedenfalls ab Vollendung des 15. Lebensjahres minderjährige Patienten über diese Verstandesreife verfügen. Bei Patienten unter 14 Jahren ist eine Einwilligung nicht erforderlich.

- ein rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB vorliegt:

Als Grundregel gilt, dass die Offenbarung eines ärztlichen Geheimnisses ohne Einwilligung zum Schutz eines höherrangigen Rechtsguts – dazu zählt das Leben oder die körperliche Integrität eines anderen Menschen – zulässig und damit gerechtfertigt ist. Dies gilt jedoch nur, soweit die Offenbarung des Geheimnisses ein angemessenes Mittel ist, eine unmittelbar bevorstehende Gefahr abzuwenden.

Einschlägige Beispiele sind (vergleiche Fischer, StGB, 58 Aufl. § 203 RN. 47): Ein Kinderarzt stößt bei der Behandlung auf eindeutige, auf Kindesmissbrauch oder Kindesmisshandlung hinweisende Indizien, wobei er von akuter Wiederholungsgefahr ausgehen muss (siehe jetzt aber im Einzelnen nachfolgend § 4 KKG). Erfahren Sie im Rahmen der Behandlung von einer nahe liegenden erheblichen Gefährdung anderer (z. B. Ankündigung eines Amoklaufes, einer Trunkenheitsfahrt), sind Sie jedenfalls zur Mitteilung an die Polizei befugt. Unzulässig ist die Offenbarung in Fällen, in denen nur ein allgemeines Interesse an der Strafverfolgung besteht.

- gesetzlich geregelte Offenbarungspflichten bestehen

Hierunter fallen beispielsweise Mitteilungen von Sozialdaten gem. §§ 202, 203 SGB VII, § 100 SGB X, sowie nach dem Infektionsschutzgesetz.

Hierher gehören auch all die Fälle der Nichtanzeige geplanter (schwerer) Straftaten, die im § 138 StGB geregelt sind. Davon erfasst ist insbesondere die „glaubhafte“ Kenntnisnahme eines geplanten Mordes oder Totschlags, einer Straftat gegen die persönliche Freiheit, eines bevorstehenden Raubes, einer räuberischen Erpressung oder einer gemeingefährlichen Straftat, beispielsweise einer Brandstiftung.

Für die ärztliche Praxis ist bedeutsam, dass die Kindesmisshandlung sowie der sexuelle Missbrauch nicht zu den Pflichtstrafanzeigen nach § 138 StGB gehört. (Zur erlaubten Befugnis zur Offenbarung in diesen Fällen siehe oben § 34 StGB und die Ausführungen zum KKG, Ziff. 2.2.).

2.2. Das Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) bzw. das darin enthaltene „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“ vom 22. Dezember 2011, in Kraft getreten am 1.1.2012

Gesetzesziel

Das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“ hat zum Ziel, das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern (§ 1 Abs. 1 KKG).

Das Gesetz schafft Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz und bezieht dabei ausdrücklich die Angehörigen der Heilberufe mit ein (§ 3 KKG) (Vergl. zum Ganzen: Wiesner, SGB VIII, BKISchG, Beck online-Nachtrag Einf. Rn. N 3; Meysen/Eschelbach, Das Neue Bundeskinderschutzgesetz):

Keine gesetzliche Verpflichtung zur Information bei Kindeswohlgefährdung

Das KKG greift unter keinem Gesichtspunkt in den ärztlichen Behandlungsvertrag ein. (Zusätzliche) vertragliche Verpflichtungen zur Infor-

mationsweitergabe bei Kindeswohlgefährdung werden durch das Gesetz nicht geschaffen.

Die in § 4 KKG aufgenommene Regelung: „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ schafft für Sie (nur) einen Erlaubnistatbestand für die Weitergabe personenbezogener Daten bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen an das Jugendamt; dies kann auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten und eventuell des jugendlichen Patienten geschehen, wenn Sie im Rahmen der ärztlichen Behandlung davon Kenntnis erhalten.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 4 KKG im Einzelnen

Von besonderer Bedeutung für den Arzt ist § 4 KKG, der jetzt eine bundeseinheitliche, erstmals gesetzliche Regelung zur Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt regelt.

Vorgeschrieben ist ein zweistufiges Verfahren (vergleiche auch die Übersicht, Seite 22).

Die Gesetzesbegründung sagt dazu:

„Im Hinblick auf die vorrangige elterliche Erziehungsverantwortung und den Primat der elterlichen Gefahrenabwehr verpflichtet die Vorschrift kind- und jugendnah beschäftigte Berufsgeheimnisträger zur Beratung der (personensorgeberechtigten) Eltern und zur Motivation für die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen (§ 4 Abs. 1 und 2 KKG – erste Stufe)“ und „bestimmt im Interesse eines aktiven Kinderschutzes auch die Voraussetzungen, unter denen die Adressaten befugt sind, Informationen an das Jugendamt weiterzugeben (Abs. 3 – zweite Stufe)“.

Sie sind im Grundsatz auch dann an die Schweigepflicht und den Datenschutz gebunden, wenn sie „in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit“ unter anderem von „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ Kenntnis erhalten oder gewichtige Anhaltspunkte dafür vorliegen. Die Rechte der Minderjährigen und deren Eltern oder Personensorgeberechtigten bleiben damit geschützt.

Liegen die Voraussetzungen für eine allgemein anerkannte Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht vor (z. B. zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes), kann wie bisher die ärztliche Schweigepflicht durchbrochen werden. (Beachten Sie bitte die oben unter 2.1. entwickelten Grundsätze). Sie gelten neben dem KKG.

Das KKG, das generell „das Wohl von Kindern und Jugendlichen schützen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung fördern will“, regelt ergänzend, wann „Ärztinnen oder Ärzte befugt sind, dem Jugendamt die erforderlichen, personenbezogenen Daten mitzuteilen“. Dabei sind die Voraussetzungen zur Weitergabe personenbezogener Daten weiter gefasst als bisher in § 203 StGB geregelt.

Sie sollen sich bei der Vorlage „gewichtiger Anhaltspunkte von Kindeswohlgefährdung“ nicht gehindert sehen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen jugendrechtlichen Maßnahmen einzuleiten.

Prüfung in zwei Stufen

Das KKG regelt keine, auch keine berufsrechtliche ärztliche Pflicht, im Falle einer Kindeswohlgefährdung Informationen an das Jugendamt weiterzuleiten. Entschließen Sie sich aber zum Schutze des Kindes oder Jugendlichen die unter die Schweigepflicht fallenden, personenbezogenen Daten (nur) an das Jugendamt mitzuteilen, ist dies nach dem KKG grundsätzlich möglich, wenn Sie in zwei Stufen wie folgt vorgegangen sind:

Erste Stufe:

Ihnen müssen „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden“ (§ 4 Abs. 1 Satz 1 KKG).

Der Gesetzgeber umschreibt im KKG nicht, was er unter „Gefährdung des Kindeswohls“ versteht. Er hat jedoch dem Begriff der „Gefährdung des Kindeswohls“ in diesem Gesetz dieselbe Bedeutung gegeben wie in § 1666 BGB und § 8a SGB VIII. Diesen unbestimm-

ten Rechtsbegriff zu beurteilen, stößt häufig auf Schwierigkeiten. Da letztlich das Familiengericht in eigener Verantwortung über diese Voraussetzungen zu urteilen hat, wird der maßgebende familienrechtliche Paragraph des BGB zur Auslegung herangezogen:

§ 1666 BGB, 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.

(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.

Auf Ihre ärztliche Tätigkeit übertragen, dürfen Sie „bei gewichtigen Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung“ an das Jugendamt personenbezogene Daten mitteilen, die zur Abwen-

dung der Gefährdung erforderlich sind.

Der Begriff „Gefährdung des Kindeswohls“ bezieht sich auf alle schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Integritätsinteressen und Entfaltungsinteressen eines jungen Menschen (vergleiche Schwab, Familienrecht, 17. Auflage, RN. 708 ff).

Die Integritätsinteressen eines Minderjährigen, bei denen Sie regelmäßig tätig werden können, umfassen die Wahrung der körperlichen wie psychischen Gesundheit, die Versorgung mit Nahrung, Kleidung und Wohnung sowie ein Mindestmaß an persönlicher Zuwendung.

Die Entfaltungsinteressen beziehen sich auf die Entwicklung des Kindes durch Erziehung, durch geeignete soziale Kontakte, die Schul- und Berufsausbildung, die Pflege geistiger und kultureller Interessen, mit zunehmendem Alter auch auf die Möglichkeit zu wachsender Selbstbestimmung. Ob deren Beeinträchtigung vorliegt, kann regelmäßig ein Arzt nicht beurteilen.

Es geht für Sie als Arzt hauptsächlich um bedeutsame Fälle, die eine gravierende, missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge oder Vernachlässigung betreffen, also um ein objektiv zweck- und sinnwidriges, den Bewahrung- und Entfaltungsinteressen eines Kindes grob zuwiderlaufendes Sorgeverhalten der Eltern. Gemeint sind auch gravierende Verstöße gegen das Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung, körperliche und seelische Misshandlungen, Zufügung seelischer Qualen, Einschüchterung, Verweigerung der Zustimmung zu notwendigen ärztlichen Maßnahmen (z. B. Bluttransfusion), unzureichende Versorgung hinsichtlich elementarer Lebensbedürfnisse, unzureichende, nachhaltig die Gesundheit betreffende Aufsicht, mangelnde persönliche Zuwendung, kindschädliche Umgangsverbote oder Umgangsgewährung, Verleitung zur Kriminalität oder Duldung derselben (Schwab, a. O.).

Gesetzlicher Anspruch auf Beratung durch das Jugendamt

Sie können im Hinblick auf die nicht immer leichte Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung fachlichen Rat beim (für sie zuständigen) Jugendamt einholen. Sie haben gemäß § 4 Abs. 2 KKG „zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ („ieF“). Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Fachkraft die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln. Bei dieser Beratung müssen Sie lediglich die Daten „pseudonymisieren“.

„Pseudonymisieren“ bedeutet, dass die Identifizierung der betroffenen Person wesentlich erschwert wird. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass die Namen der Beteiligten geändert, abgekürzt oder durch andere Zeichen ersetzt werden (Wiesner, Nachtragskommentierung zum BKiSchG, N 27). Im Gegensatz zur „Anonymisierung“ sind Sie im Rahmen der Beratung nicht verpflichtet, den Sachverhalt so zu ändern, dass keine Zuordnung zu dem betroffenen Patienten möglich ist. Ist aufgrund des Beratungsgesprächs trotz „pseudonymisieren“ die betroffene Person letztlich erkennbar, schadet dies nicht.

Die „insoweit erfahrene Fachkraft“, die selbstverständlich auch der Schweigepflicht unterliegt, ist nicht identisch mit der Fachkraft des Jugendamtes, die eventuell später nach Mitteilung durch Sie die Minderjährigen gemäß § 8 a SGB VIII zu betreuen hat. Die Fachkraft ist nur beratend tätig und nicht verpflichtet, von Amts wegen einzuschreiten. Eine „Haftung“ für die Auskunft kann sie jedoch nicht übernehmen.

Information des Minderjährigen und deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten

Stellen Sie „in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen fest“, sollen Sie zunächst „mit diesen die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kin-

des oder des Jugendlichen nicht infrage gestellt wird (§ 4 Abs. 1 KKG)“. Selbstverständlich kann eine Erörterung auch dann stattfinden, wenn die strengen Voraussetzungen der Kindeswohlgefährdung nicht vorliegen.

Bei Bekanntwerden von „gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung“ wird also an Sie appelliert, nicht aus der unmittelbaren Heilbehandlung auszusteigen, sondern die Sorge um das Wohl des Kindes zum Anlass zu nehmen, auf die Beteiligten zuzugehen, um mit ihnen die eigenen Wahrnehmungen zur Situation des Kindes oder Jugendlichen bzw. in der Familie sowie die Einschätzungen zu einem weiteren Hilfebedarf zu „erörtern.“

Die Kindeswohlgefährdung ist stets auch ein Hinweis auf Hilfebedarf!

Mit dem Gebot auf Erörterung wird auch dem zentralen Grundsatz des Schutzes der „informationellen Selbstbestimmung“ nach Art. 1 GG, „dem Transparenzgebot“, aber auch dem „rechtlichen Gehör“ Rechnung getragen. Die Beteiligten sollen wissen, was mit den anvertrauten Informationen geschieht. Ergibt sich eine Situation, in der eine Datenübermittlung gegen den Willen der Beteiligten (Kind und/oder Eltern) angezeigt und zulässig ist, gilt der Grundsatz: „Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen“ (vergleiche insoweit Meysen/Eschelbach, a.a.O. Kap. 3, RN. 75 ff).

Zweite Stufe

Mitteilung der erforderlichen Daten an das Jugendamt

§ 4 Abs. 3 KKG umschreibt für Sie die Vorgehensweise, wenn bei Gefährdung des Kindeswohls die Mitwirkung des Minderjährigen oder dessen Eltern bzw. Sorgeberechtigten insbesondere durch Inanspruchnahme der Hilfe durch Sie oder das Jugendamt scheitert oder eine Erörterung im Interesse des Kindes ausscheidet.

Die Regelung lautet: „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.“

Pflicht zur vorherigen Information der Beteiligten vor Weitergabe der Daten an das Jugendamt

Zu beachten ist dabei grundsätzlich, dass vor Mitteilung der personenbezogenen Daten an das Jugendamt sowohl der Minderjährige als auch dessen Eltern bzw. Sorgeberechtigten von der Weitergabe informiert werden (Transparenzgebot). Sie sollten in diesem Fall darauf hinwirken, dass die Betroffenen in eine Weitergabe der Daten ausschließlich an das Jugendamt einwilligen.

Das Gesetz erlaubt nach seinem ausdrücklichen Wortlaut auch die Information Ihrer Gefahreneinschätzung an das Kind gegen den Willen der Eltern bzw. an die Eltern gegen den Willen des Kindes.

Von dieser Pflicht zur Information der Kinder und Sorgeberechtigten darf nur abgewichen werden, wenn gewichtige Anhaltspunkte vorliegen, die einen wirksamen Schutz des Minderjährigen infrage stellen würden. Allein arbeitsökonomische Gründe oder ein zu erwartender Konflikt mit den Beteiligten entbinden Sie nicht von der Informationspflicht.

Eine Gefährdung des wirksamen Schutzes des Minderjährigen kommt vor allem bei sexuellem Missbrauch oder bei andauernder Kindesmisshandlung im Familienbereich in Betracht.

Erst nach „Durchlaufen der beiden Stufen“ sind Sie im Sinne der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Vorschriften von der ärztlichen Schweigepflicht befreit.

Sollte sich später herausstellen, dass beispielsweise das Jugendamt Sie unzureichend beraten hat, kann Ihnen dann kein Vorwurf gemacht

werden, wenn Sie nach eigener Überzeugungsbildung zu dem Schluss gekommen sind, dass gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen.

Unerheblich dabei ist, ob das informierte Jugendamt tatsächlich für den Minderjährigen zuständig war oder ist. Gegebenenfalls hat das Jugendamt die eigene Zuständigkeit zu prüfen.

Sie sollten in jedem Falle bei einer Information des Jugendamtes die „beiden Stufen“ dokumentieren (siehe auch „Fallmanagement“).

2.3. Mit anderen Institutionen kooperieren

Das Bundeskinderschutzgesetz schafft Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz (vergl. § 3 KKG). Ziele des Netzwerkes sollen sein, dass sich die beteiligten Institutionen gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum informieren, miteinander die strukturellen Fragen der Angebotsgestaltung und –entwicklung klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abstimmen. In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Gesundheitsämter, Sozialämter, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, sozialpädiatrische Zentren, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, Einrichtungen zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Familiengerichte und schließlich Angehörige der Heilberufe einbezogen werden (§ 3 Abs. 2 KKG).

Darüber hinaus eröffnet das KKG eine enge Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und dem Jugendamt. Institutionen wie Allgemeine Soziale Dienste und Kinderschutzorganisationen können meist dem Kind und der Familie direkter helfen. So ist es auch Aufgabe des Jugendamtes und der Allgemeinen Sozialen Dienste, einem Verdacht auf Gewalt gegen Kinder nachzugehen und die Misshandlung zu stoppen.

Die Interventionsmöglichkeiten dieser Einrich-

tungen sind stets hilfeorientiert und sehr unterschiedlich. Hilfen werden, soweit möglich, unter Beteiligung der Eltern und Kinder entwickelt, um damit den Schutz von Kindern – auch in ihren Familien – sicherzustellen. Die Palette reicht von präventiven Hilfen über ambulante (anonyme) Beratung und Therapie bis zu langfristigen und stationären Maßnahmen.

Die gesetzliche Regelung zum Kinderschutz, vor allem § 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII), betont den Hilfe- und Unterstützungsauftrag der Jugendhilfe. Das Jugendamt ist im Gegensatz zu den anderen Einrichtungen gesetzlich zur Gefährdungseinschätzung und Hilfe verpflichtet.

Vorübergehende Inobhutnahme durch das Jugendamt als sofortige Hilfe

In Fällen einer akuten Gefährdung kann das Jugendamt bzw. der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Kinder und Jugendliche gemäß § 42 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) jederzeit vorübergehend in seine Obhut nehmen.

§ 42 SGB VIII 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 geeig-

neten 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.

Einschalten des Familiengerichts (nur) durch das Jugendamt

Das Bundeskinderschutzgesetz erlaubt es Ihnen nicht, unter Missachtung der ärztlichen Schweigepflicht im Falle einer Gefährdung des Kindeswohls direkt das Familiengericht zu informieren. Dem Gesetzgeber erschien es ausreichend, dass im Falle der Kindeswohlgefährdung nur das Jugendamt (nach Prüfung der beiden Stufen – siehe oben) informiert werden darf. Diese Regelung entspricht der öffentlich-rechtlichen Gesetzessystematik, wonach das Jugendamt kraft Gesetzes gemäß § 8 a Abs. 1 SGB VIII verpflichtet ist,

bei bekannt werden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen das Gefährdungsrisiko einzuschätzen und zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen den Erziehungsberechtigten anzubieten hat.

§ 8 a Abs. 2 SGB VIII in der Fassung vom 1.1.2012 sieht insoweit ausdrücklich vor:

„Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr oder kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen“.

Auch die Einrichtung der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ nach dem KKG macht deutlich, dass die entsprechende Sachkompetenz zur angemessenen Hilfe der Minderjährigen bei Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt angesiedelt ist.

Verantwortung des Familiengerichts in Kindschaftssachen

Das Familiengericht seinerseits wird auf Antrag oder von Amts wegen tätig. Es hat das familienrechtliche Verfahren vorrangig und beschleunigt durchzuführen, hat mit den Eltern und in geeigneten Fällen mit dem Kind die Gefährdung zu erörtern und bei Kindeswohlgefährdung die Eltern persönlich anzuhören. Das Familiengericht hat auch in jeder Lage des Verfahrens zu prüfen, ob eine einstweilige Anordnung geboten ist. Es darf seine Entscheidungen stets abändern, wenn dies aus nachhaltigen Gründen erforderlich ist. In allen Sorgerechtsverfahren ist im Übrigen das Jugendamt zu beteiligen (und beschwerdeberechtigt).

Sexueller Missbrauch an Kindern und Schutzbefohlenen im StGB

Erhalten Sie von einem sexuellen Missbrauch an Kindern und Schutzbefohlenen Kenntnis, sind Sie bei (möglicher) Fortdauer regelmäßig befugt, zum Schutze des Kindes und möglicher anderer Geschädigter das Jugendamt und gegebenenfalls die Strafverfolgungsbehörden zu informieren (§ 34 StGB) (siehe 2.4). Erscheint ihnen die Benachrichtigung des Jugendamtes ausreichend, um das Kind zu schützen, scheidet eine Benachrichtigung der Strafverfolgungsbehörden aus. Anders abwendbar ist die Gefahr insbesondere auch, wenn rechtzeitig staatliche Hilfe möglich ist (Fischer, StGB, 58. Auflage, § 34 Rn. 5). Das Jugendamt leistet staatliche Hilfe.

Der Gesetzgeber stellt die Misshandlung von Kindern, und zwar die Vernachlässigung, den sexuellen Missbrauch und die körperliche Gewalt, unter Strafe. Die Misshandlung von Schutzbefohlenen wird nach § 225 StGB mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Die meisten Anklagen beruhen auf § 174 StGB (sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen) und §§ 176, 176 a StGB (sexueller Missbrauch von Kindern).

Wird eine Person (auch Minderjährige) durch Gewalt oder Drohung zu sexuellen Handlungen gezwungen, so kann diese Handlung nach §

177 StGB (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) zur Anzeige gebracht werden. Jugendliche unter 18 Jahren sind durch § 182 StGB (sexueller Missbrauch von Jugendlichen) geschützt. Nach § 182 Abs. 1 StGB wird jeder, der eine Person unter 18 Jahren unter Ausnutzung einer Zwangslage missbraucht, bestraft.

Nach § 182 Abs. 2 StGB werden Erwachsene (Personen über 18 Jahren) bestraft, die eine Person unter 18 Jahren dadurch missbrauchen, dass sie gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vornehmen oder an sich von ihr vornehmen lassen. Schließlich verbietet § 182 Abs. 3 StGB sexuelle Handlungen von Personen über 21 Jahren mit Minderjährigen unter 16 Jahren, wenn der Erwachsene dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt.

Für die ärztliche Praxis ist relevant, dass die vorgenannten Straftaten nicht zu den Pflichtstrafanzeigen nach § 138 StGB gehören. Es gibt keine allgemeine Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung.

Das Landesberufsgericht für Ärzte in Stuttgart (LBGÄ 9/2012, Beschluss vom 14. Juli 2012) hat beispielsweise entschieden, dass die Mitteilung eines Arztes über den Verdacht „unüblicher Berührungen eines Vaters in der Schamgegend der Tochter“ zum Schutze des höherwertigen Rechtsgutes des Kindes auch ohne Schweigepflichtentbindung gerechtfertigt ist.

2.4. Handlungsempfehlungen bei dringendem Verdacht von Kindesmisshandlungen

Das Wohl des Kindes ist Maßstab der ärztlichen Behandlung

In der ärztlichen Versorgung steht die Behandlung des minderjährigen Patienten im Vordergrund. Erst, wenn die medizinische Hilfe geleistet ist, prüfen oder überlegen Sie, ob darüber hinaus angesichts der möglichen oder (medizinisch) festgestellt Kindesmisshandlung oder Kindeswohlgefährdung ein weiteres ärztliches Tätigwerden erforderlich erscheint.

Nicht in Aktionismus verfallen

Das Wohlergehen des Kindes ist stets zu berücksichtigen. Daher sollten Sie die Problematik zunächst mit den Sorgeberechtigten und, wenn das Alter es zulässt, mit dem Minderjährigen erörtern. Besteht die konkrete Gefahr einer fortdauernden Beeinträchtigung des Kindeswohls, dürfen Sie das Jugendamt konsultieren bzw. informieren (siehe oben: Prüfung der zwei Stufen)

Eigene Bewertung und Einstellung klären

Sie sollten in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch dem Kind gegenüber unbefangen bleiben. Dadurch wird dem Kind ein Gefühl der Sicherheit gegeben. Auch das Verhalten gegenüber den Sorgeberechtigten sollte freundlich sein. Vorwürfe, Vermutungen und Vorurteile gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falles helfen nicht weiter.

Eigene Möglichkeiten und Grenzen kennen

Wenn in einer Familie Gewalt ausgeübt wurde, werden auch an die Ärzteschaft insbesondere dann, wenn von ihr das Problem direkt angesprochen wurde, hohe Erwartungen gerichtet. Eine Bitte um Hilfe kann sowohl vom Kind als auch von der begleitenden Person ausgehen. Hier müssen Sie Ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen genau kennen. Das Vertrauen, das Ihnen entgegengebracht wird, darf nicht durch Versprechen, die Sie später nicht einhalten können, zerstört werden.

Was sollte bei „Gewalt gegen Kinder“ und „Kindeswohlgefährdung“ beachtet werden:

- zu aller erst: Die medizinische Versorgung des minderjährigen Patienten sicherstellen
- sorgfältige Diagnose bei einem Verdacht der physischen und/oder psychischen Gewaltanwendung erstellen
- prüfen, ob nach dem „Transparenz-

gebot“ der Verdacht der Gefährdung des Kindeswohls mit den Beteiligten besprochen werden kann, sofern nicht das Wohl des Kindes dadurch gefährdet werden kann

- bei Weigerung der Annahme von Hilfe durch den Arzt oder das Jugendamt Prüfung der „zwei Stufen“ nach § 4 KKG (nach Meysen/Eschelbach, BKiSchG, Kap. 3, RN. 91):

Erste Stufe:

Eigenverantwortliche Gefährdungseinschätzung und Beurteilung der „gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen“. Fragen Sie sich: Ist das Gefährdungspotenzial eher hoch oder sehr hoch und ist der Grad der Gewissheit der Kindeswohlgefährdung eher sicher oder noch unsicher.

Bestehen insoweit Zweifel, dürfen Sie die „insoweit erfahrenen Fachkraft“ beim Jugendamt konsultieren, wobei ein Pseudonym für den Patienten zu verwenden ist.

Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor und wollen Sie das Jugendamt informieren, haben Sie dies mit dem Kind und dem Personensorgeberechtigten zu erörtern und (erneut) auf Hilfen (nicht notwendig des Jugendamtes) hinzuwirken. Die Erörterungspflicht entfällt, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen infrage gestellt wird.

Zweite Stufe:

Liegen nach Ihrer Gefährdungseinschätzung „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen vor“ und werden Hilfen von ihnen nicht angenommen, dürfen Sie (allein) dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitteilen. Sie handeln in diesem Fall nicht arztwidrig und machen sich dadurch insbesondere nicht strafbar.

Vergessen Sie nicht, alles zu dokumentieren.

Musterbrief für eine schriftliche Meldung an das Jugendamt

An die
Sozial- und Jugendbehörde
der Stadt/des Landkreises

Mitteilung einer Kindeswohlgefährdung gemäß § 4 Abs. 3 Satz 2 KKG

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie werden hiermit nach § 4 Abs. 3 Satz 2 KKG über „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des nachbenannten Kindes/der nachbenannten Kinder informiert“.

Name des Kindes:

Geburtstag:

Erziehungsberechtigte:

Adresse:

Vorstellungsgrund in der Praxis/Klinik:

Vorläufige Diagnose/n:

Begründung:

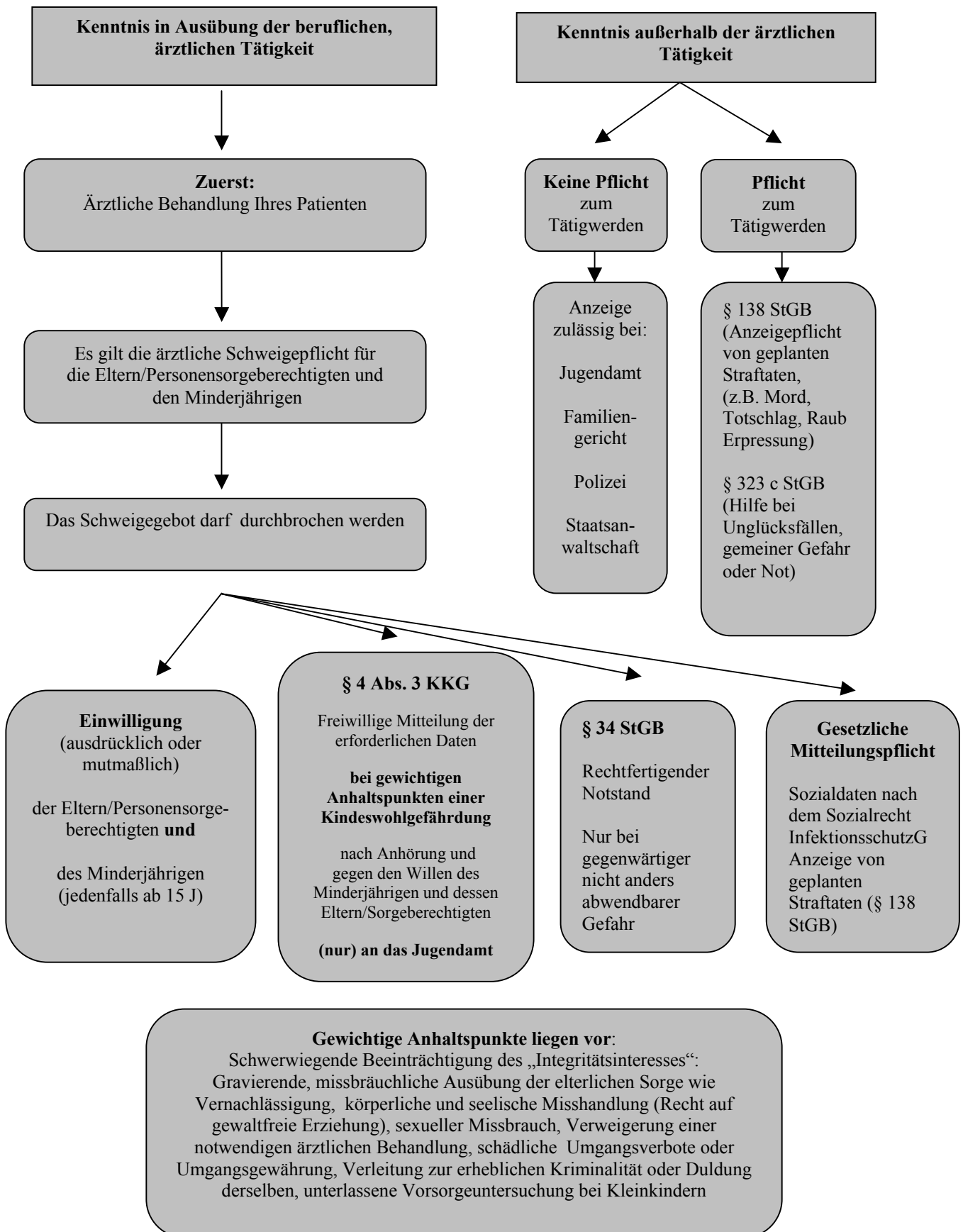
Die Erziehungsberechtigten wurden informiert/nicht informiert.

Mit freundlichen Grüßen

Ärztin/Arzt

Der Handlungsablauf in der Übersicht

- Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung Minderjähriger liegen vor



Je mehr psychosoziale Risikofaktoren im frühen Lebensalter vorliegen, je länger eine Störung andauert und je älter diese Kinder werden, desto komplexer werden die Folgen, desto größer wird die Zahl der Helfer und umso ungünstiger wird die Prognose.“

3. Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit

Dr. Wilfried Kratzsch, Ltd. Oberarzt i.R. des Kinderneurologischen Zentrums der Sana Kliniken Düsseldorf, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft.

Nach übereinstimmenden Ergebnissen von Präventionsprojekten in Ludwigshafen („guter Start ins Kinderleben“), Hamburg („Babylotse“) und Düsseldorf (Klinik-Projekt) weisen fünf bis acht Prozent aller Neugeborenen gesundheitliche und psychosoziale Risikomerkmale auf, die zu schweren Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und/oder zu einer ernsthaften Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit führen können.

Bessere Prognose durch Früherkennung

Je früher die Risikomerkmale erkannt und frühe Hilfen angeboten werden, umso günstiger sind Prognose und so größer die Wahrscheinlichkeit, Kindeswohlgefährdungen vorzubeugen, die zu Vernachlässigungen und Gewalt an Kindern führen können.

Je mehr psychosoziale Risikofaktoren im frühen Lebensalter vorliegen, je länger eine Störung andauert und je älter diese Kinder werden, desto komplexer werden die Folgen, desto grö-

ßer wird die Zahl der Helfer und umso ungünstiger wird die Prognose.

Schutzfaktoren erkennen

Aus den Untersuchungen von Werner und Laucht geht hervor, dass nicht alle Hochrisikokinder massive Störungen zeigen, sondern ein Drittel davon sich unauffällig entwickelt. Bei diesen Kindern liegen Resilienzfaktoren vor, durch die Risikobelastungen vermindert und eine ungestörte Entwicklung ermöglicht werden.

Früherkennung in der Geburtshilfe, Kinderklinik und kinder- und jugendärztlicher Praxis

Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen sind in der frühen Kindheit durch den Einsatz eines Risikoscreeningbogens, Beobachtung der Eltern/Kind-Interaktion sowie durch das interdisziplinäre Angebot früher Unterstützung und Hilfen möglich – sowohl in der Geburtshilfe, Kinderklinik auch in der kinder- und jugendärztlichen Praxis.

Ziel der Früherkennung und Prävention ist der Abbau von Stressfaktoren, Förderung der Elternkompetenz, Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung und die Förderung der gesunden Entwicklung des Kindes und der Familiengesundheit.

Bestimmend für das interdisziplinäre Vorgehen sind ein abgestimmtes Miteinander der einbezogenen Stellen und eine Stärkung der elterlichen Kompetenz.

3.1 Früherkennung von Risikmerkmalen zur Kindeswohlgefährdung

Risikobelastungen erkennen

Hinweise auf Risikobelastungen ergeben sich in der Geburtsklinik durch Erkennung von spezifischen gesundheitlichen und psychosozialen Risikoziffern im Mutterpass, über den Einsatz eines Screeningbogens zur Erfassung von in der Geburtshilfe erkennbaren Belastungen, durch die Beobachtung einer auffälligen Mutter-Kind-Interaktion und eines auffälligen mütterlichen Verhaltens auf der Wöchnerinnenstation.

In der Kinderklinik, kinder- und jugendärztlichen Praxis und Notfallambulanz können sich ebenfalls Hinweise auf Risikobelastungen ergeben.

Dabei sind zu beachten:

1. die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen im Mutterpass und im Vorsorgeheft für Kinder und Jugendliche
2. die persönlichen Daten der Mutter und des Vaters wie Alter, beispielsweise unter 18 Jahren, Familienstand, beispielsweise alleinstehend; Kinderzahl, beispielsweise mehrere Kleinkinder; Geschwisterkinder leben in Pflegefamilien,
3. gesundheitliche Risikofaktoren, zum Beispiel chronische und psychische Erkrankungen der Familienmitglieder, die die Lebensqualität der Familie beeinträchtigen; Gewalt in der Partnerschaft und Herkunftsfamilie; Suchtverhalten der Mutter/Eltern sowie
4. Hinweise auf postpartale Depression.

Das können beispielsweise folgende Aussagen sein:

- Ich habe selber Schuld, wenn die Dinge nicht gut verlaufen.
- Ich habe Angst oder bin besorgt ohne guten Grund.
- Ich fühlte mich ängstlich oder panisch ohne guten Grund.

5. Psychosoziale Belastungen in Hinblick auf

- die finanzielle Situation: hohe Schulden, Erstausrüstung des Babys kann nicht angeschafft werden, Grundversorgung ist nicht gesichert,

Wohnungssituation

- die Partnersituation: durch Konflikte mit dem Partner, Trennung vom Partner,
- die eigene Person: Überforderung durch Haushaltsführung, Kindererziehung, Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, Behördengänge, mangelnde Wertschätzung.

Erhöhte Gefährdungen lassen sich nicht auf einen Risikofaktor, sondern in der Regel auf die Kombination mehrerer Belastungen zurückführen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei

- alleinstehenden Müttern mit finanziellen Problemen, Überforderung durch Doppelbelastungen (Haushaltsführung, Kindererziehung), bei mangelnder Unterstützung durch Familie, Freunde, sozialer Isolation und
- Eltern mit Arbeitslosigkeit, wirtschaftlichen und Wohnungsproblemen, mangelndem Vorsorgeverhalten, mangelnder Kommunikation.

Andere Risikofaktoren weisen bereits allein für sich genommen ein hohes Gefährdungspotential auf, sind aber ebenfalls zumeist kombiniert mit weiteren Belastungen. Hierzu zählen beispielsweise:

- Eltern mit psychischen Störungen, beispielsweise Depressionen, Psychosen, Borderline-Symptomatik,
- Eltern mit Gewaltkonflikten und Gewalt- und Heimerfahrungen in der eigenen Kindheit,
- Eltern mit Suchtverhalten (Alkohol, Tabletten, Drogen).

6. Mangelhaftes Vorsorgeverhalten während der Schwangerschaft: fehlender Mutterpass weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft.

7. Mangelnde Unterstützung durch Familie, Freunde, keine sozialen Kontakte.
8. Erhöhte Fürsorge-Anforderungen durch das Kind bei:
 - ehemaligem Frühgeborenen,
 - Mehrlingen,
 - chronisch krankem Kind,
 - behindertem Kind,
 - entwicklungsgestörtem Kind,
 - Kind mit schwierigem Temperament.
9. Gestörte Eltern-Kind-Interaktion:
 - negative Äußerungen der Eltern über das Kind,
 - mangelnde Feinfühligkeit, wenig Kommunikation mit dem Kind, Nichtwahrnehmung frühkindlicher Signale (Blickkontakt, Lautieren, Lachen),
 - wenig Interesse am Kind, Bevorzugung von Fernsehen und Handygesprächen,
 - impulsiver, inkonsequenter Erziehungsstil.
10. Auffälliges Bindungsverhalten
 - unsicher-vermeidend,
 - unsicher-ambivalent.
11. Merkmale mütterlicher und väterlicher Vernachlässigung und Ablehnung im frühen Säuglingsalter
12. Besondere Gefährdungszeiträume: Zusammentreffen von Risikobelastungen und risikanten Entwicklungsphasen, beispielsweise Regulationsstörungen, wie Fütter- und Schlafstörungen, auffälliges Trotzverhalten; beginnende Entwicklungsstörungen und Behinderung.

Bei allen Hochrisikofamilien ist auf das Vorliegen von Resilienzschutzfaktoren zu achten, die Risikobelastungen vermindern können: zum Beispiel Unterstützung durch Familie, Freunde, sicheres Bindungsverhalten, kontaktfreudiges Temperament des Kindes.

3.2 Vorgehen bei Aufenthalt in der Geburtshilfeklinik oder Kinderklinik und in der ärztlichen Praxis

- Anamneseerhebung: Bei Stichwörtern mit Hinweisen auf Risikobelastungen sollte ein weiterführendes, eingehendes Gespräch über die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen/Überforderungen geführt werden;
- Erhebung der Risikobelastungen durch Einsatz des Basis-Risikoscreeningbogens;
- Beurteilung der Mutter-Kind Interaktion auf der Wöchnerinnenstation, in der Kinderklinik, ärztlichen Praxis; Beurteilung der Eltern/Kind Bindung;
- Beachtung von Schutzfaktoren;
- Einstufung der Risikolage: kann fließend sein, ist abhängig vom Ausmaß der jeweiligen Risikobelastung, beispielsweise sind chronische psychische Belastungen bzw. akute Psychosen unterschiedlich zu bewerten;
- Monitoring früher Hilfen, Nachverfolgung der frühkindlichen Entwicklung;
- Beachtung des Vorsorgeverhalten während des ersten und zweiten Lebensjahres, des Nicht-Einhaltens von Vorsorgeterminen bei der „Ärzt hopping“, häufiger Wechsel der Arztpraxen.

3.3 Etablierung früher Unterstützung und früher Hilfen

- Einsatz niedrigschwelliger aufsuchender Dienste, wie Hebamme/ Familienhebamme, Familien-Kinderkrankenschwestern bzw. Familienpflegerinnen von Anfang an, beginnend in der Geburtshilfe;
- Familienentlastung durch Haushaltshilfe über die Krankenkasse, Verordnung erfolgt über den Arzt;

Hinweis auf präventive und gesundheitsfördernde Leistungen der GKV und PKV, § 20 SGB V: Raucherentwöhnung, Suchtprävention, stressreduzierende Maßnahmen.

- Hinweis auf finanzielle Unterstützung durch die „ während der Schwangerschaft durch die Schwangerenberatungsstellen oder zum Zeitpunkt der Geburt in der Geburtsklinik;
- Kontakt zu den „Frühen Hilfen“ des Jugendamtes bzw. Jugendhilfeträger, gegebenenfalls Einsatz einer Haushaltshilfe, einer sozialpädagogischen Familienhilfe, Schuldnerberatung und anderes mehr;
- Hinweis auf Elternkurse, Müttercafe;
- Hinweis auf Kurse zur Bindungsförderung, Safe „Steep“, entwicklungspsychologische Förderung ;
- Bei Überforderung zu Hause und fehlender Entlastung Hinweis auf die Möglichkeit einer frühen Aufnahme für Säuglinge ab acht Wochen in die Kinderkrippe, Familienzentrum;
- interdisziplinärer Austausch der einbezogenen Stellen, Bestimmung eines Koordinators bzw. Casemanagers.

3.4 Nachverfolgung der Risikobelastungen, des Vorsorgeverhaltens und der Entwicklung des Kindes

Bei der Nachverfolgung ist darauf zu achten, wie sich die Risikobelastungen auf die frühkindliche Entwicklung auswirken, möglicherweise

zu einer zunehmenden Kindeswohlgefährdung führen und wie einer Gefährdung durch eine frühe Unterstützung der Familie und des Kindes bzw. Weiterleitung an geeignete Beratungsstellen vorgebeugt und Belastungen vermindert werden können.

Im Einzelnen wird das besondere Augenmerk auf folgende Punkte gelenkt:

- Nachverfolgung der Risikobelastungen (Zu- oder Abnahme von Belastungen), Beachtung kritischer Lebensereignisse, wie Erkrankung, Tod von Familienmitgliedern, Trennung des Partners, Wahrnehmung zunehmender Überforderung, beispielsweise bei alleinstehenden Müttern, mangelnder Unterstützung, mangelnden Kontakten, Betreuung mehrerer Kleinkinder,
- Beachtung und Nachverfolgung auffälliger Entwicklung und auffälligen Verhaltens im Säuglingsalter, Beachtung des Auftretens riskanter Entwicklungen, wie beispielsweise Regulationsstörungen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen,
- Beachtung und Nachverfolgung chronischer Erkrankungen, insbesondere Infekte der oberen Atemwege, beginnender Behinderungen.
- Bei Auftauchen von Kindern mit Schrei-, Fütter-, Schlafstörungen und unklaren Verletzungen in der Notfallambulanz beispielsweise der Kinderklinik Beachtung möglicher Risikobelastungen und eines auffälligen Vorsorgeverhaltens, eventuell Rückgriff auf stationäre Befundberichte, Basis-Risikoscreeningbogen in der Geburtshilfe zur Sichtung psychosozial auffälliger Befunde und gesundheitlicher Risikobelastungen,
- Beratung zum „plötzlichen Kindstod“, Schüttelhirntrauma,
- früher Hinweis oder Weiterleitung an eine Schreiambulanz, gegebenenfalls stationäre Aufnahme bei Fütterstörungen.

Kooperation mit den Frühen Hilfen der Jugend- und Gesundheitshilfe

- bei Abbrüchen von Kontakten und Therapien Nachhaken und „am Ball bleiben“,
- bei beginnenden Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitige Weiterleitung an Frühförderung und Sozialpädiatrisches Zentrum,
- interdisziplinärer Austausch zwischen Klinik, ärztlicher Praxis, Hebamme, Kinderkrankenschwester Gesundheitsamt, Jugendhilfe vor oder bei Eintritt einer Kindeswohlgefährdung,
- bei akuten Zeichen einer Kindeswohlgefährdung Kontakt zum und Intervention durch das Jugendamt, gegebenenfalls mit Inobhutnahme.

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

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Diagnostik als Prozess

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

- aufgrund von körperlichen Symptomen, beispielsweise eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene,
- aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, beispielsweise plötzlich eintretender Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug,
- aufgrund von anamnestischen Angaben, beispielsweise unvollständige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle,
- aufgrund einer gestörten familiären Interaktion,
- beispielsweise mangelnde Zuwendung der Mutter oder feindseliges Verhalten gegen das Kind.

Auf ein patientengerechtes Untersuchungsverhalten achten

Wichtig ist ein dem Patientenalter gerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form erfolgen. Heben Sie immer auch das Positive der Untersu-

chung 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. Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation geben Ihnen die Befundbögen im Anhang.

4.2 Körperlicher Befund

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbedeckte Kind untersuchen

Symptome, die auf körperliche Misshandlung deuten können, sind häufig nicht einfach zu bestimmen. Sie müssen in jedem Fall das unbedeckte Kind untersuchen. Es gibt mehrere Symptome, die den Verdacht auf Misshandlung sofort wecken sollten.

Stresssymptome

Überängstliches Verhalten oder eine stark angespannte Bauchdecke in der Untersuchungssituation sollten Sie an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken lassen.

Kriterien für Hämatome und Wunden auf der Haut

Hämatome und Hautwunden sind die Befunde, die in der täglichen Praxis am häufigsten im Zusammenhang mit Misshandlung vorkommen. Auf folgende Kriterien sollten Sie achten:

- Lokalisation,
- Gruppierung,
- Formung und Mehrzeitigkeit.

Abbildung 1:
Misshandlungsverletzungen

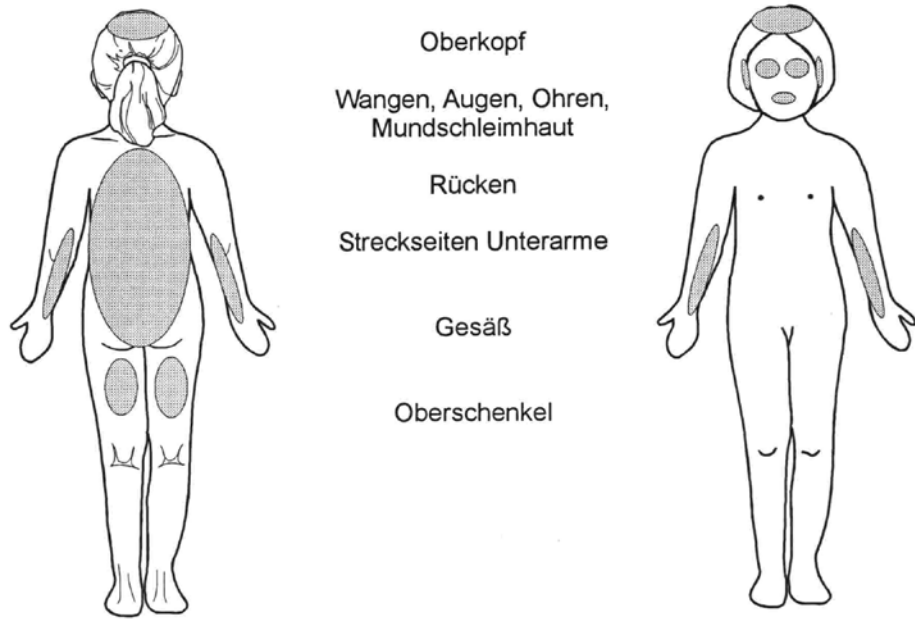


Abbildung 2:
Sturzverletzungen

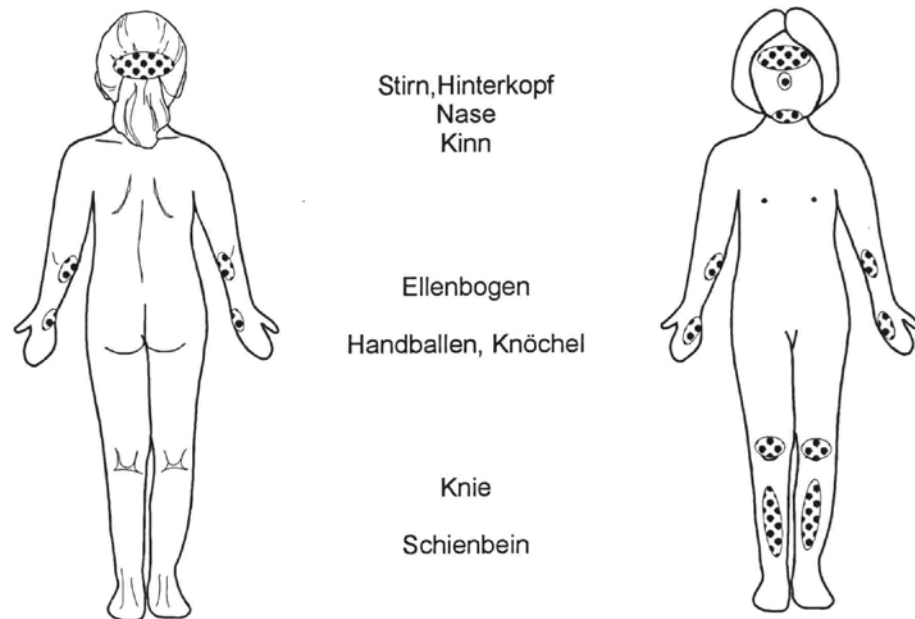


Abbildung 3:
„Hutkrempen“-Regel
bei Schlag- und
Hiebverletzungen



Bei 90 % der Misshandlungsoffer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachtet.

Zwischen Verletzung und Misshandlung differenzieren

Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, am Gesäß, am Rücken, an den Oberarminnenseiten, im Brustbereich und auf dem Bauch eher auf Misshandlung hin (Abb. 1).

Sturzverletzungen

Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen Lokalisationen an Handballen, Ellenbogen, Knie und Schienbein (Abb. 2) sowie am Kopf im Bereich der „Hutkrempeleinie“ oder darunter (Abb. 3).

Hinweise auf Schlaggegenstände

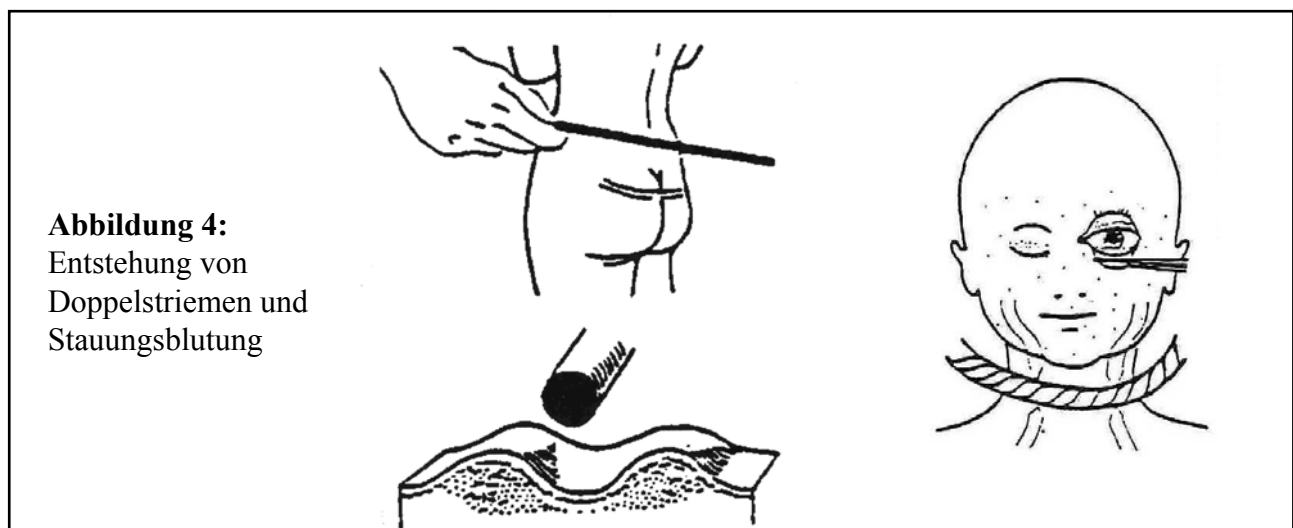
Gelegentlich sind diese Hämatome geformt und lassen auf einen Schlaggegenstand schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen (Abb. 4). Auch Kratz- und Bisswunden sind oft Hinweise auf Misshandlung. Bissverletzungen mit einem Abstand von mehr als 3 cm zwischen den abgezeichneten Eckzähnen deuten auf einen erwachsenen Täter hin und sollten ggf. auch an einen sexuellen Missbrauch denken lassen.

Subdurales Hämatom durch Schütteltrauma

Besonders schwerwiegende Folgen hat das „Schütteltrauma“ der Säuglinge. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her, und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut. Blutungen vor der Netzhaut oder blutiger Liquor bei der Liquorpunktion (subarachnoidale Blutungen) müssen den Verdacht auf ein Schütteltrauma erwecken. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intracraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu krampfen beginnt. Oftmals fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen.

Die Symptome des subduralen Hämatoms sind vielfältig. Akut kommt es zu Benommenheit, Schläfrigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit sowie zu Erbrechen und zu Krampfanfällen. Zusätzlich können, müssen aber nicht zwingend, beim Schütteltrauma Griffmarken an Brustwand und Armen oder an den Knöcheln zu beobachten sein. Durch den Peitschenschlagmechanismus können sogar Wirbelkörperkompressionsfrakturen entstehen. Langfristig resultieren neurologische Abweichungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen oder Anfallsleiden.

Nicht selten kommt zu dem Schütteln als pathologischer Mechanismus auch noch das Aufschlagen des Kopfes an einem Gegenstand hinzu, das heißt, das Kind erleidet noch zusätzliche, oft mehrfache Hirnprellungen (JACOBI, 1995).



Epidurales Hämatom

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

Augenverletzungen

Unerklärliches plötzliches Schielen ist ein Symptom, das auf Misshandlung hinweisen kann. Ursache sind in diesem Fall Augenhintergrundverletzungen oder ein Hirnschaden. Selten auftretende mögliche Augenveränderungen sind Glaskörperblutungen im Anschluss an ein Schädelhirntrauma mit intracranieller Blutung.

Feine flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zuge-drückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgte (Abb. 5). Flächenhafte Blutungen sind Folgen eines direkten Schlages auf das Auge.

Verbrennungen und Verbrühungen

Bei Verbrennungen und Verbrühungen lässt ein dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster der Läsionen an Misshandlung denken. Unfallmäßige Verbrühungen entstehen, wenn ein Kleinkind heiße Flüssigkeit vom Tisch herunterzieht. In diesem Fall sind Hals, Brust, Schultern und Gesicht betroffen. Wenn ein Kind absichtlich in ein heißes Bad gesetzt wird, sind Gesäß und Hände gleichzeitig oder Hände und Füße gleichzeitig betroffen. Dieses Verletzungsmuster kann nicht entstehen, wenn das Kind selbstständig in die Badewanne steigt. Dann ist nur eine Hand oder ein Fuß betroffen. Sie sollten sich bei jeder Verbrühungsverletzung den genauen Hergang schildern lassen und den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen.

Kreisförmige Verbrennungen können durch Zigaretten verursacht sein. Große runde Verbrennungen am Gesäß entstehen auch dadurch, dass

Kinder auf die heiße Herdplatte gesetzt werden.

Verletzungen des Skeletts auch ohne Markersymptome

Bei Skelettverletzungen ist zu beachten, dass äußere Schwellungen und Hautblutungen als Markersymptome häufig, aber nicht immer vorhanden sind. Wenn ein völlig ruhiges Kind immer wieder schreit, wenn es hochgenommen oder gefüttert wird, kann unter Umständen ein Rippenbruch vorliegen, der von außen nicht erkennbar ist.

Polytope Brüche verschiedenen Alters sowie periostale Reaktionen in unterschiedlichen Heilungsstadien deuten fast immer auf Misshandlungen hin. Besonders betroffen sind meistens Rippen und lange Röhrenknochen. Sehr typisch sind Absprengungen von Metaphysenkanten am Ende der langen Röhrenknochen und Epiphysenablösungen bei normaler Knochenstruktur, wenn ein adäquates Trauma in der Anamnese fehlt (sogenanntes „Battered-Child-Syndrom“). Hier können die Sonografie und die Skelettzintigrafie unter Umständen wertvolle diagnostische Hilfe leisten.

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

Innere Verletzungen

Bei Misshandlung können innere Verletzungen entstehen, die durch stumpfe Schläge auf den Leib verursacht werden. Innere Verletzungen sind selten und schwer zu erkennen, weil meist keinerlei Hautbefunde auftreten. Andererseits können sie sehr gefährlich werden. Sie sind die zweithäufigste Todesursache bei körperlicher

Misshandlung. Im Einzelnen kommen vor:

- Magen- oder Dünndarmperforationen,
- Einrisse der Mesenterialwurzel,
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüseneinrisse,
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämoperikard.

Darmverletzungen

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

Vergiftungen

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 Medikaments durch Kleinkinder (Aufbewahrung von Medikamenten und Sicherungsmaßnahmen diskutieren).
- Medikamentengabe als Tötungsversuch bei erweitertem Selbstmordversuch oder im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.

Beim Verdacht auf Vergiftung sollte unbedingt eine Klinikeinweisung erfolgen (Drogenscreening und Blutalkoholuntersuchung).

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Bei der Untersuchung sollten Sie beachten, dass das betroffene Kind eine körperliche Un-

tersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden.

Erläutern Sie dem Kind die Untersuchungsschritte

Sie sollten offen über das Thema sprechen können und sich nicht überängstlich verhalten. Weigert sich ein Kind, so sollte es Zeit bekommen, mit der Situation vertrauter zu werden. Wichtig ist das Einbeziehen einer Bezugsperson.

Somatische Untersuchung

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch setzt sich zusammen aus der Erhebung eines Allgemeinzustands und eines Genitalzustands. Bei der Allgemeinuntersuchung ist ein pädiatrischer Status enthalten, bei dem insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind, genau untersucht werden, wie z. B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite. Wenn der Arzt mit den Besonderheiten der genitalen Befunderhebung vertraut ist, kann er einen Genitalzustand erheben, der vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion besteht.

Bei der Inspektion werden neben dem Gesamtspektrum des Genitalbereiches die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen in allen Anteilen sowie die Inguinalregion und der Anus beurteilt. Mithilfe der Separations- oder Traktionsmethode kann die Weite und Konfiguration des Introitus vaginae, die distale Vagina, die Fossa navicularis und die hintere Kommissur untersucht werden. Je nach Befund und Anamnese werden zusätzliche Untersuchungen erforderlich, z. B. mikrobiologische oder virologische Kulturen, serologische Untersuchungen oder der Nachweis von Sperma.

Eine gynäkologische Untersuchung, das heißt eine instrumentelle Untersuchung mit Vaginoskop oder Spekulum, soll nicht routinemäßig durchgeführt werden, sondern in Abhängigkeit von der Anamnese, dem Befund bei der Inspektion und dem Alter der Patientin. Bei äußeren Verletzungen, Blutungen oder auch rezidivierenden Genitalinfektionen ist eine Untersuchung immer erforderlich.

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

Beim sexuellen Missbrauch gibt es kaum eindeutige Befunde. Als spezifische Symptome gelten alle Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese. Dazu gehören Hämatome, Quetschungen, Striemen, Einrisse und Bisswunden. Häufig entstehen auch einweiter Eingang der Vagina bzw. eine Rötung, Einrisse oder eine venöse Stauung im Analbereich.

Im Zusammenhang mit dem Verdacht bzw. der Anschuldigung des sexuellen Kindesmissbrauchs bleiben allerdings auch immer wieder Beweisfragen ungeklärt. Beispielsweise ist aus diversen Literaturangaben bekannt, dass keineswegs jedes Einführen eines männlichen Gliedes bzw. intravaginale Manipulationen zwangsläufig mit dem Zerreißen des Jungfernhäutchens oder mit sichtbaren Verletzungen im Scheidenbereich einhergehen (LOCKEMANN/PÜSCHEL 1999). Die Intaktheit des Hymens schließt die Möglichkeit des sexuellen Missbrauchs (auch mit Einführen des Penis bei einem jungen Mädchen) nicht aus. Sehr schwierig ist auch die Beurteilung von alten Vernarbungen des Hymens, bei denen regelmäßig die Differenzialdiagnose einer früheren unfallmäßigen Pfählungsverletzung in die Diskussion gebracht wird.

Sexuell übertragbare Krankheiten als Hinweis auf sexuellen Missbrauch

Sexuell übertragbare Krankheiten, wie beispielsweise Gonorrhoe oder Condylomata acuminata, vor der Geschlechtsreife des Kindes sind mit größter Wahrscheinlichkeit Folge von Missbrauch. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät muss man immer an die Folge eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es noch unspezifische Symptome, die ebenfalls beim Missbrauch entstehen können. Dazu zählen rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis.

Trotzdem lässt sich sagen, dass sexueller Missbrauch sehr häufig durch eine körperliche Untersuchung nicht eindeutig diagnostizierbar ist. 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.

4.3 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

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

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.

Auffälliges Verhalten des Kindes

Der Verdacht auf sexuellen Missbrauch entsteht manchmal durch auffälliges Verhalten des Kindes. Es zeigt inadäquates, sexualisiertes Verhalten oder nicht altersentsprechendes Wissen über Sexualität, das im Spiel oder in Zeichnungen dargestellt wird. Als Folge einer Missbrauchssituation kann eine plötzliche Verhaltensveränderung ohne ersichtlichen Grund entstehen. Kinder meiden das Alleinsein mit einer bestimmten

Person oder haben einen Schulleistungsknick, häufig verbunden mit sozialem Rückzug (internalisierendes Verhalten) oder unangemessener Aggressivität (externalisierendes Verhalten).

Seelische Gewalt

Seelische Gewalt und psychische Vernachlässigung können nur durch Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert werden. Diese Verhaltensauffälligkeiten sind allerdings nicht spezifisch für Misshandlung, sondern können viele andere Ursachen haben.

Diagnose nur durch Verhaltensauffälligkeiten

Es gibt kein eindeutiges Merkmal und kein gesichertes diagnostisches Instrument, um seelische Gewalt zu erkennen. Es ist jedoch möglich, zumindest einen Verdacht zu erhärten. In der Literatur werden eine Vielzahl von diagnostischen Hinweisen auf seelische Misshandlung gegeben, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind. Die meisten dieser Symptome (siehe Tabelle) sind auch bei sexuellem Missbrauch zu beobachten oder gehen mit körperlicher Gewalt einher (EGGERS, 1994).

4.4 Sexueller Missbrauch

Bei sexuellem Missbrauch gibt es kaum eindeutige Symptome. Deshalb sollten Sie immer Differenzialdiagnosen aufstellen. Zu den beschriebenen Verhaltensweisen werden weitere Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Diese Symptome sind ebenfalls unspezifisch und müssen weiter abgeklärt werden: gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Albträume, unklare Angstzustände, Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversionssyndrome.

Körperliche Symptome

Unterleibsverletzungen und Geschlechtskrankheiten bei Kindern, wie beispielsweise Gonorrhoe, sollten immer als Hinweise auf sexuelle Gewalt betrachtet werden. Entzündungen im Genitalbereich sind kein primäres Anzeichen für Missbrauch; unspezifische Infektionen durch Darmbakterien sind relativ häufig. Spezifische Infektionen, beispielsweise durch Trichomonaden oder Candida, kommen dagegen bei Mädchen vor der Pubertät sehr selten vor, wenn kein sexueller Missbrauch vorliegt. Condylomata accuminata sind mit großer Wahrscheinlichkeit eine Folge von Missbrauch.

Außerdem sind Hämatome und Bisswunden im Genital- und Analbereich ein Zeichen von sexueller Gewalt. Allergien und Hautkrankheiten mit atypischem Verlauf (Pyodermien, Exzeme) können ebenfalls auf sexuellen Missbrauch hindeuten. Sehr oft jedoch ist sexueller Missbrauch bei der körperlichen Untersuchung nicht diagnostizierbar.

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

Vermeiden Sie Suggestivfragen

Sollte es zu einem Gespräch mit dem Kind oder einer Betreuungsperson über den Verdacht auf Misshandlung bzw. Missbrauch kommen, ist für ein eventuell folgendes Strafverfahren vor allem Folgendes wichtig: Jede Befragung des Kindes, insbesondere eine suggestive Befragung, kann bezüglich einer späteren Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Kindes äußerst problematisch sein. Sie sollten deshalb in Ihrem Gespräch alles unterlassen, was als Suggestivfrage gewertet werden könnte. Wenn sich das Kind von sich aus mitteilt, so sollten dessen eigene Angaben schriftlich, wenn möglich wörtlich, niedergelegt werden.

Symptome bei seelischer Gewalt und auch Vernachlässigung

Gefühls Ebene	Verhaltens Ebene
Frühe Kindheit (bis 3 Jahre)	
Angenehme und unangenehme Empfindungen; Angst; Verwirrung	Schlaf-, Essensstörungen; Tendenz zu Verhaltensextremen; Angst vor Fremden; Rückzug, Altersunangemessenes, sexuelles Spielen
Vorschulalter (3-6 Jahre)	
Angenehme und unangenehme Empfindungen; Verwirrung; Angst; Scham	Regressives Verhalten: Babysprache, Einrässen, Daumenlutschen, Festklammern; Rückzug; Schlafstörungen (Alpträume)
Vorschulalter (3-6 Jahre)	
Schuldgefühle; Wut; Gefühl der Schutz- und Hilflosigkeit; Angst, beschädigt und verdorben zu sein	Aggressives Verhalten; willfähriges Verhalten; häufiges und andauerndes sexuelles Spielen; öffentliches und andauerndes Masturbieren
Schulalter (6-9 Jahre)	
Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber; Verwirrung über die Geschlechterrollenverteilung und Rollenverteilung innerhalb der Familie; Angst; Scham; Schuldgefühle; Unruhe und Unsicherheit; Wut; Angst, beschmutzt und beschädigt zu sein; Misstrauen	Sozialer Rückzug; Kopfschmerzen; Bauchschmerzen; Schlaf- und Essensstörungen; aggressives Verhalten; plötzliches und unerklärliches Schulversagen; Probleme, Grenzen einzuhalten; Willfährigkeit; Zwangshandlungen, wie exzessives Baden, Waschen; sexuelles Ausagieren mit Gleichaltrigen und jüngeren Kindern; sexuell provozierendes Verhalten; keine adäquaten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen
Schulalter (9-13 Jahre)	
Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber; Wut; Angst; Scham; Schuldgefühle; Depression; Angst, beschädigt zu sein; Gefühl der Inkompetenz; Misstrauen; Selbstmordgedanken	Sozialer Rückzug, keine adäquaten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen, Schuleschwänzen; manipulatives Verhalten anderen gegenüber; sexueller Missbrauch von jüngeren Kindern; promiskuoöses Verhalten
Adoleszenz (13-18 Jahre)	
Wut, Scham; Schuldgefühle; sich betrogen fühlen; Misstrauen; Ambivalente Gefühle Erwachsenen gegenüber; Konflikte bezüglich Sexualität, Geschlechterrolle und Rollenverteilung innerhalb der Familie; Gefühle, beschädigt, schmutzig und verdorben zu sein; Selbstmordgedanken	Selbstdestruktives Verhalten, Drogenkonsum; von zu Hause weglaufen; aggressives Verhalten, Ausbeuten anderer; Übernehmen der Rolle des Opfers; Vermeiden von körperlicher und emotionaler Intimität; Promiskuoöses Verhalten; Selbstmordversuche

Sorgfältige Dokumentation

Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung – auch zur Sicherung von Beweisen für ein etwaiges Strafverfahren – sorgfältig dokumentiert wird. Zu diesem Zweck wird insbesondere auf die im Anhang beiliegenden Untersuchungsbögen hingewiesen.

4.5 Beurteilung der familiären Situation

Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen

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.

Unkooperatives Verhalten der Eltern

Manche Eltern lehnen eine adäquate Behandlung oder weitergehende Untersuchungen ab, obwohl dieses dringend angezeigt ist. Viele Eltern berichten widersprüchlich von dem „Unfall“, der sich zugetragen haben soll.

Unangemessene Reaktion der Eltern

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.

Umgang der Eltern mit dem Kind

Ein Kind kann deutliche Anzeichen von Pflege-mangel 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.

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

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

Familiensituation:

- Wer gehört zur Familie?
- Kultureller Hintergrund?
- Ist jemand weggegangen (Todesfall, Partnerverlust, Trennung) oder dazugekommen (Geschwisterkind, neuer Partner)?
- Wen gibt es sonst noch an Angehörigen?
- Wie geht es den Eltern oder Sorgeberechtigten?
- 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?
- Wurden die Vorsorgeuntersuchungen zeitgerecht wahrgenommen?
- Haben die Eltern oder das Kind Kontakt zum Jugendamt oder zu Beratungsstellen?

Hausbesuch

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.

4.6 Bewertung der Befunde

Verifizieren der Verdachtsdiagnose

Alle erhobenen Befunde müssen zusammenfassend bewertet werden. Die Diagnose soll den körperlichen und psychischen Befund des Kindes, die familiäre Interaktion und die 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.

Bei einem Verdacht zuerst Vertrauen schaffen

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, sollten Sie zunächst vermeiden, mit der Familie bzw. den Eltern darüber zu sprechen. 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 allgemeingültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Risiken treffen.

Unterstützung durch ein zweites Urteil bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

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 durch Kindergynäkologinnen zurückkommen. Sie müssen allerdings abwägen, ob dem Kind eine gynäkologische Untersuchung zuzumuten ist. Grundsätzlich sollten möglichst wenige Untersuchungen stattfinden.

Zusammenarbeit mit anderen Professionen

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

Gemeinsames Fallmanagement beruht bei guten Rahmenbedingungen auf persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Gesundheits- und Umweltämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Kinder befassen.“

5. Fallmanagement in der Arztpraxis

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

Gewaltprävention als Ziel des gemeinsamen Fallmanagements

Gemeinsames Fallmanagement beruht bei guten Rahmenbedingungen auf persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Gesundheits- und Umweltämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem Gewalt gegen Kinder befassen.

Gemeinsames Fallmanagement setzt persönliche Kontakte voraus

Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen.

Grundlage für ein gemeinsames Fallmanagement sind Kenntnisse in der Arztpraxis über entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote. Die Angebote müssen für die Eltern oder Begleitpersonen des Kindes erreichbar sein.

Bindung an die Arztpraxis im Verdachtsfall besonders wichtig

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“ möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement in Kooperation zwischen Ihnen, Allgemeinen Sozialen Diensten und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

5.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Nach dem vorbehandelnden Arzt fragen

Bei der Erstuntersuchung stehen die Befunderhebung und -sicherung einschließlich einer Befragung der Eltern oder Begleitpersonen im Vordergrund. In diesem Zusammenhang sollte auch nach dem vorbehandelnden Arzt gefragt werden. Jedes Kind mit einer Verdachtsdiagnose „Misshandlung“ oder „Missbrauch“ sollte in kurzen Abständen wiedereinbestellt werden. In schweren Fällen ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt.

Möglichkeit eines Hausbesuchs einbeziehen

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.

Kindergynäkologische Untersuchung

Die Zeit bis zur Wiederholungsuntersuchung können Sie nutzen, um durch Rückfragen beim vorbehandelnden Arzt, bei Kollegen oder speziellen Beratungseinrichtungen zusätzliche Sicherheit in der Diagnosestellung zu gewinnen. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Mädchen durch penetrierende Sexualpraktiken wird eine Überweisung an eine gynäkologische Praxis zur kindergynäkologischen Untersuchung empfohlen.

5.2 Verhalten während des Praxisbesuchs

Grundsätzlich Ganzkörper-Untersuchung durchführen

Nach Möglichkeit sollte eine ausführliche Untersuchung des Kindes durchgeführt werden. Beim Verdacht auf sexuellen Missbrauch an Mädchen erfolgt diese Untersuchung idealerweise durch einen Kindergynäkologen. Die Untersuchung ist in jedem Fall als Ganzkörperuntersuchung durchzuführen.

Dem Kind Sicherheit geben

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

Gegenüber Eltern und Begleitpersonen Vertrauen aufbauen

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

- Machen Sie deutlich, dass Sie sich um die Gesundheit des Kindes sorgen.
- Vermeiden Sie wertende Haltungen gegenüber Eltern oder potenziellen 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 Allgemeinen Sozialen Diensten herbei.

Sofern eine Kontaktaufnahme zu den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungseinrichtungen notwendig wird, sollten Sie Eltern oder Begleitpersonen über diesen Schritt informieren. Ziel der Gespräche ist es, bei Verdacht auf Misshandlung oder Missbrauch des Kindes Vorbehalte oder Bedenken seitens der Eltern bzw. Begleitpersonen gegenüber der Inanspruchnahme einer speziellen Beratungseinrichtung oder der Allgemeinen Sozialen Dienste abzubauen.

Persönliche Kenntnis der empfohlenen Einrichtungen schafft Glaubwürdigkeit

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und keine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Allgemeine Soziale Dienste sind zu empfehlen, wenn es um die Bewilligung sozialer Hilfen geht oder bereits eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. In Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden. Die aktuelle Fassung des Paragraphen 8a „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ finden Sie unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/_8a.html

5.3 Zwischen den Praxisbesuchen

Einholung zusätzlicher Informationen von Allgemeinen Sozialen Diensten

Durch Kontaktaufnahme mit den Allgemeinen Sozialen Diensten und den Jugendpsychiatrischen Diensten können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiterinnen erhalten unter anderem durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die bezirklich organisierten Stellen besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis.

Anzeige eines Gewaltdeliktet sorgfältig abwägen

Bei Anzeichen für ein Gewaltdelikt muss der Arzt sorgfältig abwägen, ob er sich an die Sozialen Dienste wendet. Die ärztliche Entscheidung sollte davon abhängig gemacht werden, wie die Gefahr weiterer Schädigungen dieses Kindes oder anderer Kinder einzuschätzen ist. Wenn keine Gefahr im Verzug ist, sollte ein Verdacht zuerst gegenüber den Sozialen Diensten geäußert werden.

Informationen über Vormundschaftsverhältnisse einholen

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

Art und Umfang der Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen dem Arzt und den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungsstellen freier Träger sind mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen möglichst persönlich zu vereinbaren. Seitens der kooperierenden Einrichtungen werden zunächst Informationen

über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Kindes von Ihnen erwartet. Die Informationsvereinbarung kann beispielsweise die Mitteilung über einen Abbruch des Kontaktes zwischen Ihnen und dem betreuten Kind umfassen. Zu beachten ist die ärztliche Schweigepflicht bzw. die befugte Weitergabe bei Kindeswohlgefährdung (s.o).

Informationen behördlicher Stellen auch ohne Einverständnis der Eltern möglich

Die Information von Behörden oder Beratungseinrichtungen freier Träger hat grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern des Kindes zu erfolgen. Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist:

- Das aktuelle Ausmaß der gesundheitlichen Schäden erfordert die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner häuslichen Umgebung.
- Beim Verbleib in der häuslichen Umgebung droht eine akute Gefahr für die Gesundheit.

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Fotos der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden. 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. Im Anhang dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können.

5.4 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Eröffnungsgespräch vorbereiten

Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Kindesmissbrauch bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder Begleitpersonen eröffnet werden (HUTZ 1994/95; KOPECKY-WENZEL & FRANK 1995). In Fällen sexueller Misshandlung, akuter Gefährdung des Kindes bei körperlicher Gewalt oder extremer, lebensbedrohender Vernachlässigung muss vor einem solchen Gespräch der Schutz des Kindes vor weiteren Übergriffen oder einer Eskalation unbedingt sichergestellt sein. Die vernetzte Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe oder spezialisierten Beratungsstellen kann hierbei eine wichtige Hilfestellung sein.

Gesprächsführung

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 seit längerer 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 und weiteres notwendiges Vorgehen reden (Transparenzgebot nach dem KKG).

5.5 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs meist keine unmittelbare Gefahr für das Kind

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs ist eine unmittelbar abzuwendende Gefahr für das Kind, von Ausnahmen abgesehen, meist nicht gegeben. Um besonders in Krisensituationen angemessen zu reagieren, sollten Sie Ihr Verhalten an folgenden Überlegungen ausrichten:

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich

Bei den meisten in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung ist ein sofortiges Handeln nicht erforderlich.

Im Notfall – Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden – besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens des Jugendamtes und bei Nichterreichen der Polizei.

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

- Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt
- Krankenhauseinweisung
- Einschaltung der Polizei, sofern sonst keine Gefahrenabwendung möglich ist.

Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern bzw. den Begleitpersonen des Kindes eindeutig zu begründen („Ich muss jetzt die Allgemeinen Sozialen Dienste anrufen, weil ...“).

In der Praxis auftretende Krisenfälle können Sie durch einfache Maßnahmen entschärfen (z. B. ein kurzes Erstgespräch, die Bitte um Aufenthalt im Wartezimmer, die Ablenkung durch Zeitschriften oder andere Medien, eine zwischenzeitliche Informationseinholung bei einer Kollegin oder einem Kollegen oder Kooperationspartner, ein ausführliches Wiederholungsgespräch).

Die Einschätzung einer unmittelbaren Gefahrensituation für das Kind muss von Ihnen grundsätzlich in eigener Verantwortung vorgenommen werden. Sofern der Fall erstmalig in der Praxis vorstellig wird, ist das Einbeziehen weiterer Stellen aus Zeitgründen meist nicht möglich. Diese Situation ist jedoch selten.

Die Anonymisierung des Falls stellt eine Möglichkeit dar, sich ohne Verletzung der Schweigepflicht kompetenten Rat beim Jugendamt einzuholen.

5.6 Feedback

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement

Ein gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, Kollegen, Allgemeinen Sozialen Diensten, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, Gesundheitsämtern und Beratungseinrichtungen. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind umso belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen.

Die hohen Anforderungen des Praxisalltags führen mitunter dazu, dass Informationsabsprachen 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. Der niedergelassene Arzt hat 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.

Cybermobbing ist vereinfacht gesagt Mobbing mit Hilfe von Internet- oder Handyanwendungen. Wichtig ist dabei, dass die Täter dem Opfer schaden möchten, dass sich das Opfer nicht wehren kann und dass die Angriffe über längere Zeit hinweg immer wieder passieren.“

6. Mobbing und Cybermobbing

Dr. Stephanie Pieschl, Torsten Porsch & Christopher Hohage – Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Psychologie

6.1 Cybermobbing – Was ist das eigentlich?

Mobbing ist weder unter Kindern und Jugendlichen in der Schule noch in der Forschung ein neues Phänomen. Dazu gehören beispielsweise körperliche Aggression (z. B. schlagen, stoßen, treten) oder verbale Angriffe (z. B. „dumme Sprüche“ nachrufen, drohen, hänseln).

Wichtig ist dabei, dass die Täter dem Opfer schaden möchten (Absicht), dass sich das Opfer nicht wehren kann (Machtungleichgewicht) und dass die Angriffe über längere Zeit hinweg immer wieder passieren (Wiederholung).

In den letzten zehn Jahren, und untrennbar mit dem rasanten Aufstieg des Internets und der mobilen Kommunikationstechnologien verbunden, macht ein neues Phänomen von sich reden: Cybermobbing. Cybermobbing ist vereinfacht gesagt Mobbing mit Hilfe von Internet- oder Handyanwendungen. Es kann folgende Formen annehmen:

- **Schikane (engl. Harassment):** direkte (teilweise öffentliche) Beleidigungen und Drohungen bzw. Zusenden von unhöflichen oder verletzenden Nachrichten, beispielsweise E-Mails,

- **Verunglimpfung (engl. Denigration):** öffentliches Verbreiten unwahrer Gerüchte über einen Dritten, die dessen Ansehen schaden, beispielsweise über Soziale Netzwerke wie Facebook,
- **Betrug (engl. Impersonation):** unbefugtes Auftreten unter falscher Identität, das dem Ansehen der betroffenen Person schadet, beispielsweise in einem Chat,
- **Verrat (engl. Outing & Trickery):** öffentliches Verbreiten von Geheimnissen oder privaten Fotos/Videos gegen den Willen des Betroffenen, um den Betroffenen bloßzustellen, beispielsweise auf YouTube,
- **Ausgrenzung (engl. Exclusion):** systematischer Ausschluss einer Person von einer Online-Gruppe, deren Kommunikationskanälen und Online-Aktivitäten, beispielsweise aus einer Gruppe bei Facebook.

Anhand dieser Auflistung wird deutlich, dass Cybermobbing nicht zwangsläufig vom Opfer bemerkt werden muss, sondern hinter dem Rücken der Betroffenen stattfinden kann. Außerdem sind im Cyberspace nicht alle Kriterien von Mobbing eindeutig feststellbar.

Ein einmaliges Cybermobbing kann vom Opfer als wiederholtes Mobbing empfunden werden, da die Inhalte einem großen Personenkreis bekannt sein können und nicht mehr gelöscht werden können.

Das Machtungleichgewicht kann bei Cybermobbing andere Formen annehmen, beispielsweise durch die Hilflosigkeit der Opfer angesichts der Anonymität oder der technischen Versiertheit der Täter. Auch können Opfer von Cybermobbing häufig nicht unterscheiden, ob ein Täter eine Schädigungsabsicht hatte oder ob eine (empfundene) Attacke im Internet eigentlich als Spaß gemeint war.

Um diesen Punkten gerecht zu werden und schon die ersten Anzeichen von Cybermobbing erkennen zu können, definieren wir daher für die Praxis Cybermobbing wie folgt:

„Cybermobbing sind alle Formen von Schikane, Verunglimpfung, Betrug, Verrat und Ausgrenzung mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien, bei denen sich das Opfer hilflos oder ausgeliefert und (emotional) belastet fühlt [...]“.

6.2 Mobbing und Cybermobbing – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Es gibt einige Überschneidungen von Mobbing und Cybermobbing, die über die bloße Definition hinausgehen. Der Übergang von Mobbing und Cybermobbing ist oft fließend, da die Opfer von Mobbing in der Schule häufig auch im Internet von den Tätern weiter gemobbt werden und umgekehrt.

Darüber hinaus übt in beiden Phänomenen das soziale Umfeld eine wesentliche Funktion aus. Neben Täter und Opfer finden sich beim (Cyber-)Mobbing: Assistenten (unterstützen den Täter), Verstärker (durch positive Aufmerksamkeit bestärken sie den Täter), Verteidiger (unterstützen das Opfer) und Außenstehende (entziehen sich der Situation, ignorieren die Situation).

Neben diesen Gemeinsamkeiten von Mobbing und Cybermobbing gibt es deutliche konzeptuelle Unterschiede: Im Gegensatz zu Mobbing kann ein Täter bei Cybermobbing leichter anonym bleiben.

Diese Anonymität hat zur Folge, dass der Täterkreis sich deutlich vergrößert, denn die Täter

fühlen sich geschützter vor den Konsequenzen, die Hemmschwelle sinkt im Vergleich zu Mobbing im persönlichen Kontakt und somit werden auch Kinder und Jugendliche zu Cyber-Tätern, die in der Schule nicht zum Täter werden.

Darüber hinaus bekommt der Täter keine direkte Rückmeldung vom Opfer, da er ihm nicht von Angesicht zu Angesicht gegenüber steht. Dadurch bleiben die emotionalen Reaktionen des Opfers für den Täter im Verborgenen, und er kann nicht immer erkennen, wann für das Opfer Grenzen überschritten sind (15). Deshalb können im Cybermobbing die aggressiven Handlungen besonders brutal und grausam ausfallen.

Aufgrund der großen Verbreitung von (mobilem) Internet und Handys ist Cybermobbing örtlich und zeitlich unbegrenzt. Cybermobbing dringt rund um die Uhr in das Leben zu Hause ein. Für die Opfer ist es daher viel schwieriger, sich dem zu entziehen.

Dazu kommt, dass sich Cybermobbing sehr schnell an ein großes Publikum verbreiten kann. Was einmal im Netz steht, kann niemand mehr kontrollieren – weder Opfer noch Täter von Cybermobbing –, und es kann kaum mehr dauerhaft gelöscht werden. Durch diese potentiell große Öffentlichkeit kann es zu verstärkten negativen Auswirkungen auf die Opfer kommen.

Eine weitere Besonderheit des Cybermobbings ist ein erweiterter Kreis von potentiellen Opfern. So können beim Cybermobbing auch Erwachsene, beispielsweise Lehrer, zu Opfern werden, die ansonsten durch ihr Alter oder ihre körperliche Überlegenheit üblicherweise nicht zum Opferkreis beim Mobbing durch Kinder und Jugendliche zählen.

6.3 Wie gefährdet sind Kinder und Jugendliche im Netz?

Cybermobbing ist ein verbreitetes Phänomen und somit Realität im Alltag von deutschen Schülern. Internationale Forschung an Schülern kommt zu dem Schluss, dass durchschnittlich 20 bis 40 Prozent der Befragten Opfer von Cybermobbing geworden sind. In einer deutschen

Studie hatten 18 % der Schüler Schikane erlebt, 13 % Verunglimpfung, 8 % Betrug, 5% Ausgrenzung und 3 % Verrat an der eigenen Person erlebt.

Darüber hinaus gaben in derselben Studie 21 Prozent der Schüler an, dass sie sich vorstellen könnten, zu Tätern von Cybermobbing zu werden, und acht Prozent gaben zu, tatsächlich schon einmal Cybermobbing betrieben zu haben. Andere Studien kommen auf 15 bis 55 % Täter.

In anderen deutschen Studien gaben 25 Prozent der befragten Jugendlichen an, dass sie Cybermobbing für eine der drei größten Gefahren im Internet halten und knapp 60 Prozent der befragten Lehrerschaft gab an, dass Cybermobbing in den letzten zwei Jahren an ihrer Schule zugenommen hat.

Man kann festhalten, dass Cybermobbing ein zunehmend verbreitetes Problem ist. Es schließen sich weitere Fragen an, beispielsweise über mögliche Risikofaktoren und Folgen von Cybermobbing. Bei diesen Fragen steht die wissenschaftliche Forschung noch am Anfang.

Wer wird Opfer?

Generell ist festzuhalten, dass Jeder, besonders als Nutzer neuer Kommunikationstechnologien, Opfer von Cybermobbing werden kann.

Das Geschlecht ist beim Cybermobbing kein Risikofaktor, weder für Opfer noch für Täter. Die Häufigkeit nimmt bis zur siebten oder achten Klasse deutlich zu und anschließend langsam wieder ab. Möglicherweise sind Hauptschule (Werkrealschulen) stärker betroffen.

Opfer von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Opfer von Cybermobbing. Opfer von Cybermobbing berichten auch häufig, selbst Täter zu sein.

Bei Jugendlichen, die viel Zeit im Internet verbringen, häufig Kommunikationstechnologien wie Instant Messenger oder Chat nutzen, ein aktives Profil in einem sozialen Netzwerk betreiben und generelles Risikoverhalten im Internet zeigen (z. B. Preisgabe persönlicher Daten im Internet oder Besuch von extremen

Chaträumen mit sexualisierten Inhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Opfer von Cybermobbing zu werden.

6.4 Folgen von Cybermobbing

Die Folgen für die Opfer sind einerseits abhängig von Ausmaß, Häufigkeit und Dauer des Cybermobbings, andererseits aber auch vom Erleben der Betroffenen selbst.

Folgen für die Opfer

Besonders öffentliches Cybermobbing mit (peinlichen) Fotos und Videos wird als belastend empfunden. Diese Belastung steigt, wenn Cyber-Opfer in der Realität auf die peinlichen und belastenden Inhalte angesprochen werden. Dennoch hängen die Folgen für die Opfer von der Art des Cybermobbings und ihrer eigenen Bewertung ab.

In internationalen Studien berichten circa ein Fünftel der Cyber-Opfer von ernsthafter emotionaler Belastung, ein Drittel von keiner empfundenen Belastung und der Rest von leichtere emotionaler Belastung.

In einer deutschen Studie waren 66 Prozent der Betroffenen wütend, 35 Prozent fühlten sich verletzt, je 20% fühlten sich verzweifelt oder hilflos und mehr als 18 Prozent berichteten von psychosomatischen Beschwerden.

Opfer von Cybermobbing zeigen mehr depressive Symptome, mehr soziale Ängste, mehr suizidale Gedanken, generell mehr affektive Störungen, und sie konsumieren häufiger Drogen, Faktoren die sie möglicherweise auch leichter zum Opfer werden ließen.

Gleiches gilt für Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen: Opfer von Cybermobbing zeigen häufiger delinquentes Verhalten, mehr Fehlzeiten in der Schule und meiden teilweise ihre Freunde. Sie fangen teilweise an, Kommunikationstechnologien zu meiden, sind bei oder nach der Nutzung häufig ungewöhnlich angespannt oder ängstlich und reden ungern über ihre Erfahrungen.

Wer wird Täter?

Forschungsergebnisse legen nahe, dass Jungen häufiger Cyber-Täter werden als Mädchen. Für Klassen- oder Altersstufen und für Schulformen gibt es bisher keine eindeutig gesicherten Erkenntnisse.

Täter von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Täter von Cybermobbing. Nur beim Cybermobbing berichten Täter auch häufig, selbst Opfer zu sein.

Weitere Risikofaktoren beziehen sich – ähnlich wie bei den Cyber-Opfern – auf das eigene Verhalten im Internet: Bei Jugendlichen, die ausgeprägte Computerkenntnisse besitzen, viel Zeit im Internet verbringen, häufig Kommunikationstechnologien nutzen und generelles Risikoverhalten im Internet zeigen (z. B. Besuch von extremen Chaträumen mit sexualisierten Inhalten oder manipulatives Chatverhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Täter von Cybermobbing zu werden.

Auch wenn Cyber-Täter kurzfristig Spaß am Cybermobbing haben können, so zeigen sich auch bei Tätern langfristig eher negative psychosoziale Phänomene: Sie weisen im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen ein niedrigeres Selbstbewusstsein, häufigere suizidale Gedanken, mehr depressive Symptome, ein stärkeres delinquentes Verhalten und häufigeres Versagen in der Schule auf.

Straf- und zivilrechtliche Folgen für die Täter

Cybermobbing kann nicht nur im sozialen Umfeld wie der Schule, Familie oder Freundeskreis Maßnahmen nach sich ziehen.

Ein Täter, eine Täterin muss bei Cyber-Mobbing auch mit strafrechtlichen Folgen rechnen.

Cyber-Mobbing ist in Deutschland kein eigener Straftatbestand. Allerdings sind einzelne Formen von Mobbing strafbar (s.u.).

Aufgrund einer Anzeige bei der Polizei muss diese aktiv werden, sobald sie von einer Cybermobbing-Attacke erfährt. Sie ist dabei be-

strebt, auch helfend tätig zu werden. Stellt sie jedoch einen Verdacht einer Straftat fest, benachrichtigt sie nach Abschluss der Ermittlungen die Staatsanwaltschaft, die jeden Verdacht einer Straftat verfolgt und gegebenenfalls bei Gericht Anklage erhebt.

Jedes Opfer oder jeder Zeuge von Cybermobbing kann eine Strafanzeige stellen. Allerdings ist zu beachten, dass Kinder unter 14 Jahren nicht strafmündig sind.

Grundsätzlich hat jeder nach Art. 5 Grundgesetz das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Diese Rechte finden ihre Schranken in den Vorschriften der allgemeinen Gesetze, den gesetzlichen Bestimmungen zum Schutze der Jugend und in dem Recht der persönlichen Ehre.

Straftaten*, die ein Teil von Cyber-Mobbing sein können:

Beleidigung (§ 185 StGB): Beleidigung ist der Angriff auf die Ehre einer Person durch Kundgabe von Missachtung.

Dazu zählt die Bezeichnung als „Nazi, Faschist, Trottel, Hure, Berufslügner, Zeigen des „Stinkefingers“ usw.“

Die so genannte üble Nachrede (§ 186 StGB) bezeichnet eine erweislich unwahre Tatsachenbehauptung. Sie ist gegeben wenn, jemand in Beziehung auf einen anderen eine Tatsache behauptet oder verbreitet, welche denselben verächtlich zu machen oder in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen geeignet ist.

Gem. § 187 StGB ist wegen Verleumdung strafbar, wer wider besseres Wissen in Beziehung auf einen anderen eine unwahre Tatsache behauptet oder verbreitet, welche denselben verächtlich zu machen oder in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen oder dessen Kredit

* Alle thematisierten Gesetze und Paragraphen können Sie unter <http://bundesrecht.juris.de/aktuell.html> nachschlagen.

zu gefährden geeignet ist.

Jemanden durch starken Druck und der Androhung schlimmer Konsequenzen gegen seinen Willen zu etwas zwingen, heißt Nötigung und ist durch § 240 StGB strafwürdig. Wer einen Menschen mit der Begehung eines gegen ihn oder eine ihm nahestehende Person gerichteten Verbrechens (z. B. Tötung, Raub) bedroht, wird nach § 241 StGB bestraft.

Wer das nichtöffentlich gesprochene Wort eines anderen auf einen Tonträger aufnimmt oder eine so hergestellte Aufnahme gebraucht oder einem Dritten zugänglich macht, kann gemäß § 201 StGB bestraft werden. Dasselbe gilt, wenn jemand unbefugt (heimlich) Bildaufnahmen in einer Wohnung oder einem besonders geschützten Raum (Dusche, Sauna, Umkleidekabine, Toilette) von einem anderen aufnimmt und/oder verbreitet, wird nach § 201a StGB verfolgt.

Bei Bildaufnahmen, dazu zählen auch Videos, ist in erster Linie § 22 KUG (KunsturheberG) wichtig. Danach dürfen nur Bildnisse mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet bzw. veröffentlicht werden. Bevor man ein Foto einer Person, auch eines Freundes, ins Internet stellt, müssen diese vorab um Erlaubnis gefragt werden.

Daneben kann das Cyber-Opfer Unterlassungs- und Schadensersatzansprüche zivilrechtlich geltend machen (§§ 823, 1004 BGB). Bei Verletzungen von Persönlichkeitsrechten (Privat-/Intimsphäre), des Datenschutzes und der Rechte am eigenen Bild, aber auch aufgrund von psychischen Folgen kann das Opfer auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld klagen (z. B. psychische Schäden).

6.5 Was kann man gegen Cybermobbing tun?

Opfer brauchen Unterstützung. Diese kann durch ihr familiäres (Eltern, Geschwister) oder schulisches Umfeld (Lehrer, Mitschüler, Freunde) geleistet werden, aber auch von allen weiteren Berufsgruppen, die mit Kindern und Ju-

gendlichen zu tun haben (Ärzte, Sozialarbeiter, Ehrenamtler, Betreuer etc.).

Es sollte eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden. Kinder und Jugendliche müssen mit ihren Problemen ernst genommen werden und mit Erwachsenen über diese reden können, ohne dass sie selbst dabei Konsequenzen zu fürchten haben.

Eine restriktive Medienerziehung und ein (vermeintlicher) Schutz der Opfer durch Nutzungsverbote sind kontraproduktive Vorgehensweisen, die dazu führen, dass viele Opfer von Cybermobbing aus Angst vor einem Internet- bzw. Handyverbot ihre negativen Erfahrungen vor Erwachsenen verschweigen.

Wichtig für die Kinder und Jugendlichen ist es, dass ihnen schon früh in der Mediensozialisation Strategien an die Hand gegeben werden, um Cybermobbing im Netz angemessen zu begegnen.

Was kann man tun, bevor es zu Cybermobbing kommt?

Sobald Kinder und Jugendliche anfangen, das Internet zu nutzen, sollten Eltern sich ebenfalls mit dem Internet beschäftigen, um Gefahrenpotentiale realistisch einschätzen zu können, ihre Kinder bei der Internetnutzung zu begleiten und ihnen einen verantwortlichen Umgang mit Anderen im Netz beizubringen.

Auch ist es sinnvoll, die Namen, Nicknamen und E-Mail-Adressen der Kinder regelmäßig im Netz zu suchen, um Einträge über sie und von ihnen zu finden. Wenn Eltern vermuten, dass ihr Kind ein Cyber-Opfer oder ein Cyber-Täter ist, sollten sie das Gespräch suchen und verdeutlichen, dass sie an einer gemeinsamen konstruktiven Lösung interessiert sind und nicht auf Internet- oder Handyverbote zurückgreifen werden.

Zu Hause und in der Schule sind klare Verhaltensregeln der Mediennutzung (Netiquette) zu entwickeln und diese per Selbstverpflichtung einführen. Eltern und Lehrer finden gute Informationen und Unterrichtsmaterialien auf den Internetseiten von Klicksafe (www.klicksafe.de).

Geschulte Vertrauenspersonen, Erwachsene oder Gleichaltrige, sollten als Ansprechpartner für Internetprobleme benannt werden.

Was kann man als Reaktion auf Cybermobbing tun?

Das Vorgehen sollte in jedem Fall individuell und nicht nur mit den Betroffenen selbst, sondern auch – je nach Bedarf – mit Eltern, Lehrern, Schulleitung und gegebenenfalls professionellen Hilfsangeboten wie Schulpsychologischen Beratungsstellen abgestimmt werden.

Bei leichteren Fällen von Cybermobbing sollte man unbedingt selbst aktiv werden. Wenn das Cybermobbing jedoch nicht aufhört, sollten auch Anwälte und Strafverfolgungsbehörden einbezogen werden. Es kann sich zum Beispiel um ernst zu nehmende Gewaltandrohungen, Nötigungen oder gar Erpressungen handeln, wie auch um Situationen, bei denen die Beseitigung von Spuren des Cybermobbings (z. B. Fotos) Probleme bereitet.

Ein gutes Vorgehen ist folgende Vier-Stufen-Strategie:

Beruhigen – Sichern – Melden – Hilfe holen

Als erstes gilt: Sich und die Cybermobbing-Situation zu beruhigen. Inne halten und nachdenken, jedoch nie auf Schikane im Netz mit ähnlichem Verhalten antworten, denn dies bestätigt nur den Täter und führt zum Aufschaukeln der Situation.

Als zweites gilt: Immer das Cybermobbing zu dokumentieren und somit Beweise zu sichern. E-Mails oder SMS nicht löschen, Screenshots von Beiträgen/Bildern auf den Internetseiten machen bei Videos einen Mitschnitt machen.

Als drittes gilt: Dem Betreiber des Internetangebotes die Inhalte sowie den Täter (Profil, Nickname) zu melden und deren Löschung zu fordern. Die meisten Seiten haben z. B. einen „Melde-Button“ in ihr Angebot implementiert, oder es gibt Kontaktadressen der Betreiber.

Damit kann verhindert werden, dass Cybermobbing – beispielsweise gemeine Kommentare oder peinliche Fotos – weiterhin öffentlich zu sehen sind.

Außerdem kann es ratsam sein, den Cyber-Täter auf die Blockieren-/Ignorieren-Liste zu setzen, um keine weiteren Nachrichten von ihm zu empfangen. Ist ein Cyber-Täter unter dem Namen eines anderen im Netz unterwegs und treibt sein Unwesen oder hat Zugang zu dem echten Profil eines anderen (Betrug), so sollte der Betroffene dem Betreiber dieses ebenfalls sofort melden.

Und viertens gilt: Cyber-Opfer sollten Freunden, Eltern oder anderen Vertrauenspersonen über ihre Erfahrungen berichten und sich bei ihnen Hilfe holen. Einerseits können Gleichaltrige emotionale Unterstützungen leisten und haben vielleicht Tipps für technische Lösungen, wie beispielsweise Cybermobbing beim Anbieter zu melden.

Andererseits sollten in jedem Fall Erwachsene hinzugezogen werden, da diese besser beurteilen können, in welchen Situationen weitere professionelle Hilfe nötig ist. Professionelle Hilfe gibt es an ganz unterschiedlichen Stellen.

Kompetente Ansprechpartner sind zu finden in Schulen, Schulpsychologische Beratungsstellen, Erziehungsberatungsstellen, Jugendämter und Polizeidienststellen mit kompetenten Ansprechpartnern. Falls Betroffene im Elternhaus und in der Schule keine Ansprechpartner finden, können sie sich auch anonym und kostenfrei von Handy und Festnetz an eine bundesweite „Nummer gegen Kummer“ (0800 111 0333) wenden oder sich von Gleichaltrigen im Internet beraten lassen (www.juuuport.de).

Einen ausführlichen Text zum Thema „Mobbing und Cybermobbing“ können Sie in der zweiten Auflage des Leitfadens „Gewalt gegen Kinder“ auf der Homepage der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung NRW, unter www.gewalt-gegen-kinder.de nachlesen.

Dokumentationsbogen

(modifiziert nach Frank)

Datum _____ Untersucher _____

1. Persönliche Daten des Kindes

Name _____ Geburtsdatum _____

Geschlecht | m | w _____ Nationalität _____

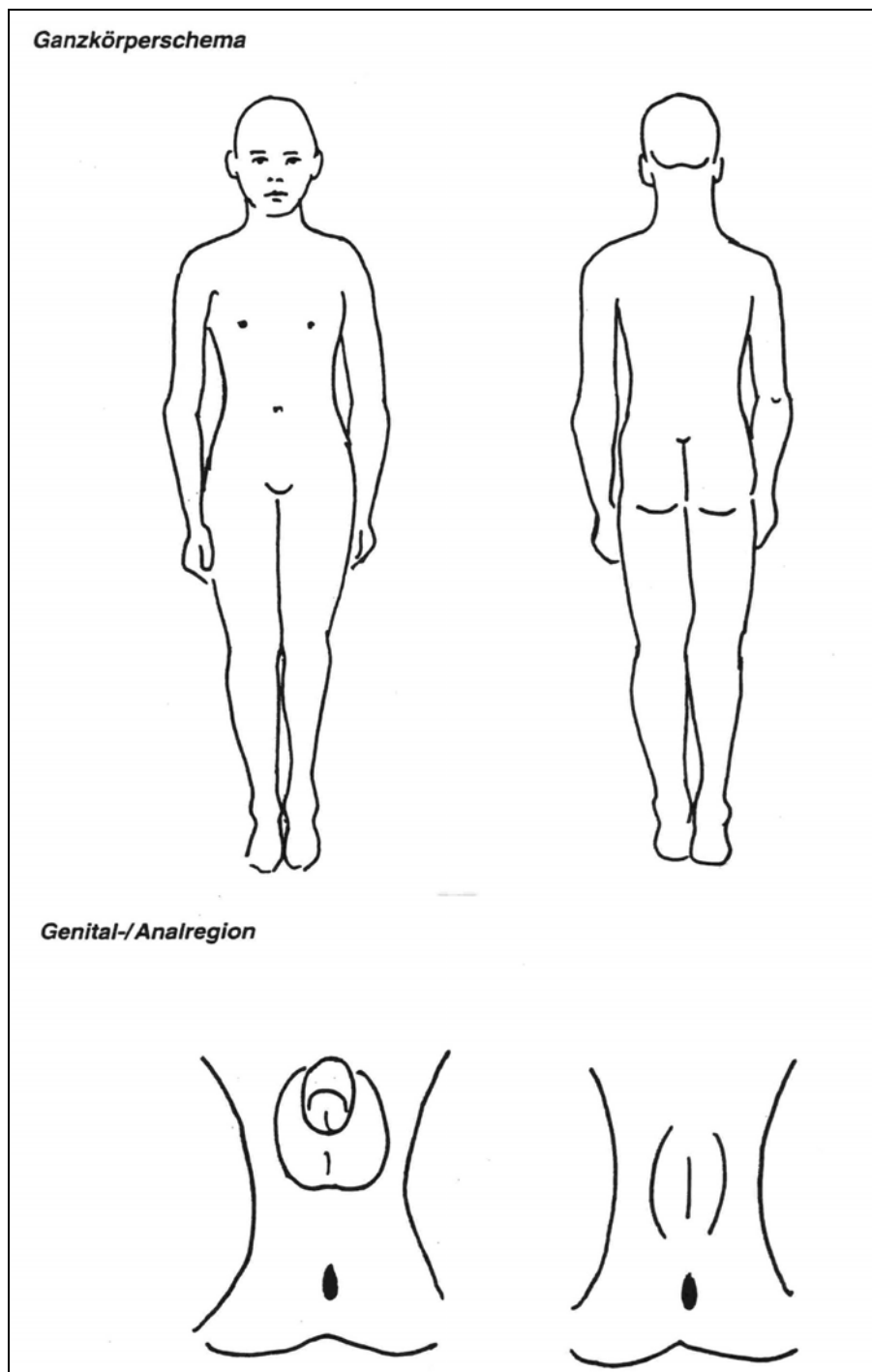
Kostenträger _____

2. Aktuelle Anamnese – Vorstellungsanlass (Begleitperson)

Wichtige Daten zur früheren Anamnese:

(z.B. chron. Erkrankungen, Entwicklungsstörungen etc.)

Ganzkörperschema / körperliche Untersuchung



4.2 Psychischer Befund des Kindes

4.2.1 Orientierender Entwicklungsstand

altersentsprechend:

Auffälligkeiten:

Psychomotorik:

Testverfahren:

Sprache:

Kognition:

4.2.2 Sozialverhalten

Gesteigerte Aktivität:

Aufmerksamkeitsstörung:

Aggressivität:

Auffälliges Kontaktverhalten:

Apathie:

4.2.3 Emotionale Problematik

Traurigkeit:

Ängstlichkeit:

Stimmungs labilität:

Geringes Selbstvertrauen:

4.2.4 Hinweise auf psychosomatische Störungen

Bauchschmerzen:

Kopfschmerzen:

Erbrechen:

Durchfälle:

Atemstörungen:

Obstipation:

Enuresis:

Enkopresis:

andere:

4.3 Eltern-Kind-Interaktion

Häufiger Blickkontakt:

Positive Äußerungen über das Kind:

Interesse am Kind:

Erkennen der Bedürfnisse des Kindes:

Feinfühligkeit der Eltern:

Mangelnde Zuwendung der Mutter/des Vaters:

Offene oder versteckte Ablehnung des Kindes:

Mutter/Vater vermeidet Körperkontakt mit dem Kind:

Fehlen verbaler Stimulation gegenüber dem Kind:

Mangelnde Impulskontrolle:

Strenger Erziehungsstil:

4.4 Familiensituation

Genogramm

4.4.1 Soziale Anamnese

Mutter

Vater

Alter:

Alter:

Nationalität:

Nationalität:

Beruf:

Beruf:

Schulabschluss:

Schulabschluss:

Berufstätigkeit:

Berufstätigkeit:

Kind lebt bei

Mutter allein: Vater allein: leiblichen Eltern:

Pflegefamilie: Heim: Sonstiges:

Anzahl der Geschwister: Stellung in der Geschwisterreihe:

Rechtsstellung des Kindes:

ehelich: nicht ehelich:

Pflegekind: Adoptivkind:

Wohnverhältnisse:

Finanzielle Situation:

4.4.2 Belastungsfaktoren

Schwierige sozioökonomische Situation:

Mangelnde Unterstützung und Entlastung:

Soziale Isolation der Familie:

Konflikte in der Familie

Eheliche Auseinandersetzungen: Trennung oder Scheidung:

Alkoholproblematik/Drogen: Psychische Erkrankung der Eltern:

Bericht der Eltern über andere Belastungen:

4.4.3 Andere Risikofaktoren

Frühe Trennung des Kindes von den Eltern (>3 Monate): Vorsorgeheft:

Häufige Klinikaufenthalte:

Häufiger Arztwechsel:

Zeitverzögerung des Arztbesuches:

5. Diagnose

5.1 Somatische Diagnose des Kindes

5.2 Psychische Diagnose des Kindes

Entwicklungsstand:

Sozialverhalten:

Emotionale Situation:

5.3 Familiäre Belastung

_____ | niedrig | hoch

5.4 Zusatzdiagnose

Misshandlung | möglich | sicher

Vernachlässigung | möglich | sicher

Sexueller Missbrauch | möglich | sicher

6. Therapeutische Maßnahmen

6.1 Therapie der somatischen Beschwerden

6.2 Therapie der psychischen Beschwerden

6.3 Konsiliaruntersuchungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Kindergynäkologie: _____ Andere: _____

6.4 Kontaktaufnahme zu

Vorbehandelnde Ärztin/Arzt:

Erziehungsberatungsstellen:

Jugendamt: _____ Schule/Kindergarten: _____

Kinderschutzbund/-zentrum: _____ Andere Stellen: _____

6.5 Fallkonferenz

wann: _____ wer: _____

Ziele:

Wichtige Adressen auf einen Blick

Tragen Sie hier wichtige lokale Ansprechpartner (Jugendamt, Kliniken, etc.) ein, damit Sie für den Fall der Fälle vorbereitet sind. Die „insoweit erfahrene Fachkraft“ (s. Seite 16) nennt Ihnen das Jugendamt. Eine Übersicht aller Jugendämter in Baden-Württemberg finden Sie im Internet: www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/50_Wir_ueber_uns/UebersichtGAeBW.pdf

Institution	Kontaktdaten	Anmerkung

Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Heimen) geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“

(Quelle: Drucksache 10/4560 des Deutschen Bundestages 1996)