



**Stoppt Gewalt gegen
Kinder und Jugendliche**
Medizinischer Leitfaden



Impressum

Herausgeber

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Nikolaus-Otto-Straße 5

55129 Mainz

Projektleitung: Melanie Keßler

Tel. 061 31 - 917-400

Fax 061 31 - 917-410

E-Mail lv-rheinland-pfalz@tk.de

www.tk.de/lv-rheinlandpfalz

In Zusammenarbeit mit

Ministerium des Innern, für Sport und Infrastruktur

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
in Rheinland-Pfalz

Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter
Rheinland-Pfalz Nord

Arbeitsgemeinschaft der Jugendämter
Rheinland-Pfalz Süd

Kinder- und Jugendpsychiatrien
Rheinland-Pfalz

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)

Die Fotos wurden von dem Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz zur Verfügung gestellt.

Quellenangabe für Grafiken: Robin Wille, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2014)

Der Nachdruck erfolgt mit Genehmigung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg, Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung, Billstraße 80a, 20539 Hamburg.

Jedes Kind hat ein Recht auf Entwicklung und Entfaltung. Die staatliche Gemeinschaft schützt und fördert die Rechte des Kindes. Nicht eheliche Kinder haben den gleichen Anspruch auf Förderung wie eheliche Kinder. Kinder genießen besonderen Schutz insbesondere vor körperlicher und seelischer Misshandlung und Vernachlässigung.

Verfassung für Rheinland-Pfalz, Artikel 24

Grußwort der Herausgeberin



Kinder brauchen starke Helfer

Kinder brauchen unseren Schutz. Ganz besonders dann, wenn sie Gewalt erfahren. Kinder brauchen gerade dann unsere bestmögliche Hilfe. Hierfür machen wir uns stark. Wenn wir als Helfer noch aufmerksamer werden, können wir auch noch früher Anzeichen möglicher Gewaltanwendungen und Vernachlässigungen erkennen.

Deshalb hat die TK-Landesvertretung Rheinland-Pfalz gemeinsam mit starken Partnern im Land den vorliegenden Leitfaden „Stoppt Gewalt gegen Kinder“ zum dritten Mal aufgelegt. Denn das Recht auf körperliche Unversehrtheit ist ein Menschenrecht. Es steht unter dem Schutz des Grundgesetzes. Gerade unseren Kindern, die sich nicht selbst schützen können, steht dieses Recht zu - das Recht auf eine unversehrte Kindheit. Daraus ergibt sich ein gesellschaftlicher Auftrag, der alle angeht. Wir sind uns unserer Verantwortung gegenüber den jüngsten Mitgliedern unserer Gesellschaft bewusst. Wir wollen gemeinsam mit den Partnern dazu beitragen, sie zu schützen.

Der Leitfaden bietet Ärztinnen und Ärzten eine wichtige Orientierungsmöglichkeit und informiert über die rechtlichen Bedingungen. Vor allem können sie mit Hilfe dieses Nachschlagewerkes erste Schritte einleiten. Darüber hinaus sind wichtige Ansprechpartner für den Fall der Fälle aufgeführt.

Gewalt gegen Kinder nimmt verschiedene Formen an. Die immer häufiger zu bemerkende Vernachlässigung von Kindern ist ebenfalls eine Form der Gewalt. Deshalb haben wir erneut ganz bewusst das Thema Vernachlässigung in diesem Leitfaden aufgeführt.

Das Problem „Cybermobbing“ haben wir neu aufgenommen. Denn wenn Kinder und Jugendliche mit Hilfe neuer Kommunikationsmedien wie Handy, E-Mail, Chats oder Foren in sozialen Netzwerken beleidigt, bedroht oder bloßgestellt werden, erfahren sie ebenso Gewalt.

Die Dunkelziffer all dieser Taten ist hoch. Die Folgen der Gewaltanwendungen im Kindesalter auf die Persönlichkeitsentwicklung sind unabsehbar. Wir alle sind deshalb stets gefordert, sensibel zu sein, unsere Augen und Ohren offen zu halten und mit Zivilcourage und Mut genau dann einzuschreiten, wenn Kinder es am meisten benötigen. Damit leisten wir gemeinsam einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention. Und nur so haben wir eine Chance, weiteres Leid für diese Kinder zu unterbinden.

Ich wünsche mir, dass auch die dritte Auflage von „Stoppt Gewalt gegen Kinder“ dazu beiträgt, die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Berufsgruppen zu fördern, die sich dafür einsetzen, unseren Kindern eine gewaltfreie Entwicklung zu ermöglichen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei allen Kooperationspartnern, die mit viel Engagement und persönlichem Einsatz zum Gelingen dieses Leitfadens und damit zum Kinderschutz in Rheinland-Pfalz in hohem Maße beigetragen haben.

Anneliese Bodemar
Leiterin der Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Grußwort



Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen und sie vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung zu schützen, ist in erster Linie eine Aufgabe der Eltern. Aber auch der Staat leistet seinen Beitrag, indem er Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder unterstützt. Unser gemeinsames Ziel muss sein, dass alle Kinder in unserem Land gesund und geschützt aufwachsen können.

Rheinland-Pfalz hat dafür einiges auf den Weg gebracht: 2008 ist das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindesgesundheit in Kraft getreten, das für viele andere Länder beispielhaft war. Es macht Kinderschutz und Kindergesundheit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und fördert den Aufbau lokaler Netzwerke unter Federführung der Jugendämter und unter breiter Beteiligung der Verantwortlichen aus dem Gesundheitswesen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern. 2012 ist darüber hinaus das Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten, das bundesweit die Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz geschaffen hat.

Ganz häufig sind Ärztinnen und Ärzte oder auch Erzieherinnen und Erzieher die Ersten, die die Möglichkeit haben, festzustellen, ob ein Kind Vernachlässigung oder Gewalt ausgesetzt ist. Der vorliegende Leitfaden „Stoppt Gewalt gegen Kinder“ soll dazu beitragen, Vernachlässigung von Kindern und psychische, physische und sexuelle Gewalteinwirkung auf Mädchen und Jungen zu erkennen. Er soll gleichzeitig rechtliche Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten zur Kooperation mit anderen Hilfen für das Kind – ob zur eigenen Fallberatung oder zur Sicherung des Kinderschutzes – deutlich machen und so praktisches Handeln unterstützen.

Wir danken allen, die bei der Überarbeitung des Leitfadens mitgewirkt haben.

Irene Alt
Ministerin für Integration,
Familie, Kinder, Jugend
und Frauen

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Ministerin für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie

Roger Lewentz
Minister des Innern, für Sport
und Infrastruktur

Grußwort



Kinderseelen vergessen nichts; Narben brennen sich für immer auf ihnen ein: Gewalt gegen Kinder ist leider vielfältig. Gewalt kann brutal und offensichtlich sein, aber auch subtil und versteckt. Gewalt ist daher mitunter auch nicht sofort zu erkennen. Gewalt ist meist viel mehr als nur Schläge, und verbale und seelische Gewalt sind genauso folgenschwer wie körperliche Gewalt. Auch die immer häufiger zu bemerkende Vernachlässigung von Kindern sowie Cybermobbing sind Arten von Gewalt.

Die Dunkelziffer all dieser Taten ist hoch, und die Folgen der Gewaltanwendungen im Kindesalter auf die Persönlichkeitsentwicklungen sind unabsehbar. Doch wenn körperliche, seelische, verbale und soziale Gewalt nicht erkannt werden, verstreichen gute Möglichkeiten, helfend und schützend einzugreifen.

Kinder, die Gewalt erleiden, sind darauf angewiesen, dass Erwachsene ihre Situation erkennen und bereit sind, Hilfe zu organisieren. Ärztinnen und Ärzte haben stets ein waches Auge und ein offenes Ohr. Sie sind sensibel, um früh die Signale von Gewalt gegen Kinder zu erkennen und dann zum Schutz und zum Wohl der Kinder adäquat und zielgerichtet zu handeln.

Dieser Leitfaden ist eine wichtige und gute Orientierungsmöglichkeit. Er bietet praktische Übersichten und Tipps, wo und wie Ärztinnen und Ärzte andere Institutionen einschalten können, um erreichbare Hilfe und Beratung auf den Weg zu bringen. Ärztinnen und Ärzte können mit diesem Nachschlagewerk erste Schritte zur Bewältigung des Problems durch kompetentes Fallmanagement einleiten. Auch das ist ein wichtiger Schritt zur Gewaltprävention.



Professor Dr. Frieder Hessenauer
Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis

Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?	8
Definition Kindesmisshandlung	8
Körperliche Gewalt	8
Seelische Gewalt	8
Vernachlässigung	9
Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch	9
Cybermobbing	10
Belastungsfaktoren	10
Die Rechte von Kindern und Jugendlichen	12
Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis	13
Rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der Schweigepflicht	13
Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG)	13
Grundsätze zum Umgang mit Kindesmisshandlung	15
§ 4 Absatz 2 BKiSchG	15
Kooperationspartner für die ärztliche Praxis	16
Die ärztliche Schweigepflicht	18
Diagnostik und Befunderhebung	19
Diagnostik als Prozess	19
Körperlicher Befund	19
Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt	22
Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	24
Vernachlässigung	26
Sexueller Missbrauch	27
Die Forensische Ambulanz der Rechtsmedizin der Universität Mainz	28
Beurteilung der familiären Situation	29
Bewertung der Befunde	29
Fallmanagement in der Arztpraxis	31
Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	31
Verhalten während des Praxisbesuchs	31
Zwischen den Praxisbesuchen	32
Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	32
Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	33
Rückmeldungen	33
Mobbing – Cybermobbing	34
Cybermobbing – was ist das eigentlich?	34
Mobbing und Cybermobbing – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	34
Wie gefährdet sind Kinder und Jugendliche im Netz?	35
Folgen von Cybermobbing	37
Was kann man gegen Cybermobbing tun?	39
Literaturverzeichnis	42

Verzeichnis von Hilfseinrichtungen und Behörden	46
Jugendämter	46
Kinderschutzdienste	48
Deutscher Kinderschutzbund Rheinland-Pfalz	50
Kinder- und Jugendpsychiatrie	52
Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin	53
Ministerien, Institut für Rechtsmedizin	54
Frauenhäuser und Beratungsstellen der Frauenhäuser	54
Autonome Frauennotrufe – Fachstellen für sexualisierte Gewalt.	55
Einrichtungen zur Unterstützung von Mädchen bei (sexualisierter) Gewalt	55
Beratungsstellen für Migrantinnen in Notsituationen	56
Meine Notfallnummern /Dokumentationsbogen/Fallformular	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Misshandlungsverletzungen.....	19
Abbildung 2: Sturzverletzungen.....	19
Abbildung 3: „Hutkrempe“-Regel	19
Abbildung 4: Gürtel- und Stockschläge.....	20
Abbildung 5: Misshandlungen unklarer Art	20
Abbildung 6: Stauungsblutungen	21
Abbildung 7: Angeblich in der Dusche ausgerutscht.....	21
Abbildung 8: Griffspuren.....	21
Abbildung 9: An den Haaren gezogen.....	21
Abbildung 10: Verbrühung.....	21
Abbildung 11: Weitere Verletzungsmuster	23
Abbildung 12: Welche Formen von Cybermobbing kommen wie häufig vor?	36
Abbildung 13: Wie Cybermobbing Jugendliche belastet.....	38

Abkürzungsverzeichnis

LKindSchuG	Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit
BKiSchG	Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – Bundeskinderschutzesgesetz –
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGdG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
StGB	Strafgesetzbuch

Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

Definition Kindesmisshandlung

Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (zum Beispiel Kindergärten, 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.

Diese Definition stimmt nicht mit den entsprechenden strafrechtlichen Definitionen überein. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher) von Gewalt gegen Kinder gesprochen werden kann. Auch der Deutsche Bundestag verwendet diese Definition.

Definition | Gewalt gegen Kinder kann folgende Formen annehmen:

- Seelische Gewalt
- Vernachlässigung
- Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch
- Häusliche Gewalt (Miterleben von Gewalt zwischen Erwachsenen)
- Mobbing/Cybermobbing

Zu unterscheiden sind jeweils die körperliche, seelische und sexuelle Gewalt als aktive sowie Vernachlässigung und häusliche Gewalt als passive Form. Mehrere Formen können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen.

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt wird fast immer in der Familie oder im nahen Umfeld ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche und persönliche Verhältnisse eingebunden.

Verlässliche Zahlen über Gewalt gegen Kinder liegen bundesweit nicht vor. Es gibt zwar Untersuchungen beispielsweise zu den körperlichen Gewalterfahrungen durch Eltern, jedoch liegen für Vernachlässigung und seelische Gewalt keine

hinreichend empirisch gesicherten Daten zur Häufigkeit vor. Die derzeitige Befundlage legt allerdings die Vermutung nahe, dass Kindesvernachlässigung die mit Abstand häufigste Gefährdungsform ist, die im Rahmen der Kinderschutzarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt ist.

Den verantwortlichen Erwachsenen sollen frühzeitig Hilfen zur Unterstützung angeboten werden. Dabei müssen verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um dem komplexen Problem gerecht zu werden. In diesem Leitfaden stehen Ihre Rolle als niedergelassene Ärztin und niedergelassener Arzt sowie die Hilfen für das Kind im Vordergrund. Darüber hinaus werden Möglichkeiten für ein gemeinsames Fallmanagement mit anderen Einrichtungen und Berufsgruppen aufgezeigt.

Körperliche Gewalt

Formen dieser Gewalt sind vielfältig |

Körperliche Misshandlung liegt vor, wenn durch körperliche Gewaltanwendung Kindern ernsthafte vorübergehende und/oder bleibende Verletzungen oder der Tod zugefügt werden. Von Kindesmisshandlung spricht man, wenn gewalttätiges Verhalten der Eltern oder anderer erzieherischer Personen ein Grundelement der Kindererziehung ist. 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. Kinder sind dabei meist Opfer von mehrfachen Taten und nicht nur von einmaligen, im Affekt verübten Gewalthandlungen.

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. Kinder fühlen sich wertlos, ungewollt und ungeliebt. Sie spüren, dass sie nur zur Befriedigung der Bedürfnisse anderer Menschen da sind.

GUT ZU WISSEN!



Aktive und passive Gewalt | Zu unterscheiden sind jeweils die körperliche, seelische und sexuelle Gewalt als aktive sowie Vernachlässigung und häusliche Gewalt als passive Form. Mehrere Formen können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen.

Das Kind erlebt Ablehnung | Seelische Gewalt liegt zum Beispiel dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Erwartungen an seine Schulleistungen oder seine sportlichen und künstlerischen Leistungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird.



Überzogene Bestrafungen sind Gewaltakte | Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinlassen, Isolation des Kindes, 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.

Vernachlässigung

Vernachlässigung wird definiert als andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), das zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst) aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. 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.

Bei der Vernachlässigung wird unterschieden zwischen der emotionalen, kognitiven, körperlichen und medizinischen Vernachlässigung sowie der unzureichenden Beaufsichtigung. 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 Vor- und Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Vernachlässigung ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Das Ausmaß der Folgeprobleme hängt von der Dauer und der Intensität des Vernachlässigungsgeschehens ab. Die Schädigungen des Kindes durch Vernachlässigung können sich durch eine Kumulation mit weiteren Misshandlungsformen erheblich verstärken.

Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch

Unter sexueller Gewalt (strafrechtlich: sexueller Missbrauch) versteht man sexuelle Handlungen vor, an und mit einem Kind. Sexuelle Handlungen an unter 14-Jährigen sind grundsätzlich strafbar, da sie das Recht des Kindes auf eine ungestörte Entwicklung verletzen.

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

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

Im Unterschied zu körperlicher oder seelischer Gewalt gegen Kinder, die häufig aus Hilflosigkeit und Überforderung ausgeübt wird, ist die sexuelle Gewalt Erwachsener und Jugendlicher 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 und männlichen Jugendlichen aus.

Eine Charakteristik sexuellen Missbrauchs ist es unter anderem, dass der Täter seine Macht- und Autoritätsposition beziehungsweise das Alters- und Kräftegefälle ausnutzt, um seine eigenen Bedürfnisse – ob im Bereich der Sexualität oder der Machtausübung – auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

Da sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch häufig im nahen Umfeld des Kindes (Familie, Schule, Freizeitgruppen) ausgeübt wird, erschweren Abhängigkeitsverhältnisse und parallele positive Gefühle des Kindes zur handelnden Person die Hilfesuche. Zusätzlich üben Täter häufig emotionalen Druck aus, nutzen die Loyalität des Kindes aus und arbeiten mit dem Ziel der Geheimhaltung der Gewalt mit Bestechung durch Geschenke sowie Versprechungen, mit Erpressungen, aber auch mit dem Einsatz körperlicher Gewalt.

Bei sexueller Gewalt in der Familie hat das Kind zusätzlich die Angst, durch die Suche nach Hilfe den Familienzusammenhalt zu gefährden. Da es den missbrauchenden Vater beispielsweise trotz seiner Übergriffe häufig dennoch liebt und nur das Ende der Übergriffe erreichen will, befindet das Kind sich in einem schweren Konflikt, was potenzielle Helferinnen und Helfer vor eine große Herausforderung stellt.

Cybermobbing

Mobbing ist weder unter Kindern und Jugendlichen in der Schule noch in der Forschung ein neues Phänomen. Dazu gehören beispielsweise körperliche Aggression (zum Beispiel Schlagen, Stoßen, Treten) oder verbale Angriffe (zum Beispiel das Nachrufen „dummer Sprüche“, Drohen, Hänkeln).

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.

Was ist Cybermobbing?

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. Circa jeder dritte Jugendliche war schon einmal Opfer von Cybermobbing.

Belastungsfaktoren

Der Begriff der Risikofaktoren kann in diesem Zusammenhang sehr leicht missverstanden werden. Es soll hier nicht ausgedrückt werden, dass es zu Gewalt gegen Mädchen und Jungen kommen muss, wenn bestimmte Faktoren vorhanden sind. Der Begriff Risikofaktor verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit der Kindesmisshandlung größer ist, wenn mehrere Faktoren zusammen vorliegen. Dies birgt jedoch auch die Gefahr, dass Vorurteile geschürt werden und damit der Blick der helfenden Person eingeengt wird. Darum wurde der Begriff des Belastungsfaktors gewählt, der nicht automatisch zum Risikofaktor werden muss.

Wenn die Ärztin oder der Arzt sich dieser Gefahr bewusst ist, kann das Wissen über Belastungsfaktoren als wertvolles Werkzeug sowohl in der Prävention als auch in der Früherkennung von Kindesmisshandlung eingesetzt werden. Wann Belastungsfaktoren zu Risikofaktoren werden, ergibt sich aus der individuellen Situation des Kindes in seinem sozialen Umfeld. Es darf allerdings nie vergessen werden, dass alle Kinder von Gewalt betroffen sein können.

Gewalt ist zumeist ein Ausdruck von Benachteiligung, Hilflosigkeit und Unfähigkeit, mit den Bedürfnissen des Kindes angemessen umzugehen. Wenn der Druck und die Belastungen von außen zu stark werden, entlädt sich die familiäre Aggression am schwächsten Glied der Familie, dem Kind. Belastungsfaktoren können beim Kind, bei den Eltern und in der Familiensituation liegen. Welche hier insbesondere zu nennen sind, lesen Sie auf der nächsten Seite.

Sehr häufig sind Familien, in denen Mädchen und Jungen vernachlässigt werden, von Armut, schlechten Wohnverhältnissen, Langzeitarbeitslosigkeit, sozialer Isolation und Ausgrenzung betroffen. Dazu kommen oft gesundheitliche oder psychische Beeinträchtigungen der Eltern, Alkohol- und Drogenkonsum, Trennungs-, Scheidungs- oder Partnerschaftsprobleme und fehlende Zukunftsperspektiven.



Belastungsfaktoren, die unter bestimmten Bedingungen zu Risikofaktoren werden können

Kind	Eltern	Soziale Rahmenbedingungen
<ul style="list-style-type: none"> › Unerwünschtheit › Abweichendes und unerwartetes Verhalten › Entwicklungsstörungen › Fehlbildungen › Niedriges Geburtsgewicht und daraus resultierende körperliche und geistige Schwächen › Stiefkinder 	<ul style="list-style-type: none"> › Misshandlungen in der eigenen Vorgeschichte › Akzeptanz körperlicher Züchtigung › Mangel an erzieherischer Kompetenz › Unkenntnis in Pflege, Erziehung und Entwicklung von Kindern › Eheliche Auseinandersetzungen › Aggressives Verhalten › Niedriger Bildungsstand › Suchtkrankheiten › Bestimmte Persönlichkeitszüge wie mangelnde Impulssteuerung und Sensitivität, Isolationstendenz oder ein hoher Angstpegel › Depressivität der Bezugsperson 	<ul style="list-style-type: none"> › Wirtschaftliche Notlage › Arbeitslosigkeit › Mangelnde Strukturen sozialer Unterstützung und Entlastung › Schlechte Wohnverhältnisse › Isolation › Minderjährige Eltern

Vor allem die Mütter sind durch unerwünschte und sehr frühe Schwangerschaften sowie zu rasche Geburtenfolge belastet. Insbesondere alleinerziehende Mütter und Väter ohne stützendes soziales Umfeld sind in solchen Situationen häufig überfordert.

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

Es wird vermutet, dass ein hoher Anteil von Tätern in der Kindheit selbst sexuellem Missbrauch ausgesetzt war. In einer Art Wiederholungszwang gibt der Täter seine eigene Demütigung weiter.

Für die seelische Gewalt sind praktisch keine Belastungsfaktoren bekannt, die sich von denen für Kindesmisshandlung allgemein unterscheiden. Vermutlich ist sie die in der Oberschichtfamilie häufigste Form der Gewalt. In solchen Familien ist materielle Benachteiligung weniger ein Problem, sodass körperliche Gewalt zumindest besser verborgen werden kann. Die Gewalttätigkeit wird also eher in psychischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung ausgedrückt.

Die Rechte von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche haben neben dem Recht auf Schutz vor Gewalt und dem Recht auf Förderung ihrer gesunden Entwicklung auch ein Recht auf Beratung und Beteiligung.

Seit 1992 gilt auch in Deutschland die **Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen**, die als völkerrechtliches Übereinkommen die Staaten zur Einhaltung der Kinderrechte verpflichtet. Zu den hier normierten Rechten zählen unter anderem das

- Recht des Kindes auf Fürsorge und vorrangige Beachtung des Kindeswohls (Artikel 3),
- Recht des Kindes auf Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung und Verwahrlosung (Artikel 19) sowie sexuellem Missbrauch (Artikel 34),
- Recht des Kindes auf Berücksichtigung seines Willens durch angemessene Mitsprache in allen seine Interessen berührenden Angelegenheiten (Artikel 12).

Im **Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)** ist seit dem Jahr 2000 in **§ 1631 Absatz 2** das Recht auf gewaltfreie Erziehung festgeschrieben und damit ein Leitbild für die Erziehung vorgegeben:

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

Das **Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII)** wiederum legt mit **§ 8** die Grundlage für die konkrete Umsetzung der eigenständigen Rechte von Kindern und Jugendlichen:

- (1) „Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.“
- (2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.
- (3) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktslage

erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde. **§ 36** des Ersten Buches bleibt unberührt.“

Durch das BKiSchG vom 22. Dezember 2011 wurde die frühere „Kann-Vorschrift“ des **§ 8 Absatz 3 SGB VIII** in einen „Anspruch auf Beratung“ des Kindes und Jugendlichen in Krisen- und Konfliktsituationen geändert und damit eine höhere Verbindlichkeit normiert. Zwar haben Eltern grundsätzlich das Recht, über die Inanspruchnahme von gesetzlich geregelten Leistungen für ihr Kind zu entscheiden beziehungsweise darüber Kenntnis zu erlangen. Wenn sich einem Kind beziehungsweise Jugendlichen aber Hilfen nur über die Beratung ohne Eltern öffnen oder wenn die Einbeziehung der Eltern den Schutz beeinträchtigen würde, hat das Recht des Kindes beziehungsweise Jugendlichen Vorrang. Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten kann außerdem in Anspruch genommen werden, wenn dies aufgrund des Alters und der Einsichtsfähigkeit des Kindes sinnvoll ist.

Dabei kann gemäß **§ 36 SGB I** von einem Alter ab 15 Jahren ausgegangen werden.

- **§ 8 a SGB VIII** regelt darüber hinaus in Absatz 1 und 3, dass die Erziehungsberechtigten wie auch das **Kind oder der Jugendliche** bei der Risikoeinschätzung zu Anhaltspunkten für die Gefährdung seines Wohls durch das Jugendamt und andere Leistungsträger zu beteiligen sind. Voraussetzung ist, dass dadurch der Schutz des Kindes beziehungsweise Jugendlichen nicht in Frage gestellt ist.

Auch und gerade diese Regelung spiegelt den Geist der UN-Kinderrechtskonvention mit einer Sichtweise des Kindes als Rechtssubjekt im Sinne eines anspruchsberechtigten Adressaten und nicht nur als Objekt von Fürsorge wider.

Ferner regelt **§ 8 b SGB VIII**, dass Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft haben.

Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

Rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der Schweigepflicht

Als Ärztin oder Arzt, aber auch als psychologische Psychotherapeutin oder psychologischer Psychotherapeut, sind Sie an die Schweigepflicht und den Datenschutz gebunden. Die Rechte des Kindes und anderer Familienmitglieder werden damit geschützt. Bei einem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung können Sie jedoch von der Schweigepflicht entbunden werden.

Entbindung von der Schweigepflicht |

Dies kann entweder durch das Kind selbst geschehen – sofern von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden kann – oder durch einen Erziehungsberechtigten. Bei schwerwiegenden Schäden für das Kind können auch die Voraussetzungen für eine mutmaßliche Einwilligung gegeben sein.

Noch wichtiger für Ihre Praxis ist, dass auch ohne Einwilligung Informationen weitergegeben werden können, wenn ein „rechtfertigender Notstand bei begründetem Verdacht“ nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB) vorliegt. Danach handeln Sie nicht rechtswidrig, wenn die Gefahr für Gesundheit und Leben des Kindes so groß ist, dass eine Abwendung dieser Gefahr schwerer wiegt als die Einhaltung der Schweigepflicht.

Im Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG) –, das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, werden in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG – Regelungen zur Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdungen getroffen.

In § 4 Absatz 3 KKG ist eine Befugnisnorm zur Information des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung enthalten. In dieser Vorschrift werden die Voraussetzungen für die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung geregelt. Die Grundlage für die Weitergabe von Informationen ist eine Gefahreinschätzung, dass eine nicht anders abwendbare Kindeswohlgefährdung vorliegt. Durch ein abgestuftes Verfahren wird sichergestellt, dass das Abwenden der Kindeswohlgefährdung zunächst durch helfende und unterstützende Maßnahmen erreicht werden soll. Erst

wenn diese Maßnahmen erfolglos sind, ist die Beeinträchtigung des Elternrechts durch das staatliche Wächteramt (Artikel 6 Absatz 2 Satz 2 GG) gerechtfertigt.

Weitere Information

Urteil des Kammergerichts Berlin, Az.: 20 U 19/12.

Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz – BKISchG)

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten

auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.



Haben Sie also anlässlich der Behandlung eines Kindes Kenntnis von Verletzungen, die auf Misshandlung, Missbrauch oder schwerwiegende Vernachlässigung hindeuten, können Sie im Interesse des Kindes und zum Schutz vor weiteren körperlichen und seelischen Schäden die Polizei oder das Jugendamt informieren. Dabei müssen Sie selber abwägen, ob ein begründeter Verdacht vorliegt. Im Zweifelsfall kann die Anonymisierung des Falls eine Möglichkeit darstellen, eine Verletzung der Schweigepflicht zu vermeiden und sich kompetenten Rat einzuholen. Es ist daher wichtig, sämtliche Schritte und deren Gründe umfangreich und genau zu dokumentieren, um die Entscheidung belegen zu können (siehe Dokumentationsbogen ab Seite 57).

Entscheidend ist, dass die Ärztin oder der Arzt – sofern dies den Schutz des Kindes nicht gefährdet – die Eltern vorab darüber informiert. Die im Bundeskinderschutzgesetz in **§ 4 Absatz 1** explizit formulierte Hinweispflicht trägt sowohl dem datenschutzrechtlichen Transparenzgebot als auch der Stärkung der Verlässlichkeit der Vertrauenspersonen Rechnung.

Institutionen wie die Jugendämter mit ihren Allgemeinen Sozialen Diensten und Kinderschutzorganisationen können dem Kind und der Familie direkter helfen. Es ist Aufgabe des Jugendamtes, einem Verdacht nachzugehen, die Misshandlung zu stoppen und das Kind vor weiteren Gefährdungen seines Wohls zu schützen. Die Interventionsmöglichkeiten dieser Einrichtungen sind stets hilfeorientiert und fallabhängig sehr differenziert. Hilfen sollen, soweit möglich, unter Beteiligung der Eltern und Kinder entwickelt werden, um damit den Schutz von Kindern in ihren Familien sicherzustellen. Die Palette reicht von präventiven Hilfen über ambulante (anonyme) Beratung und Therapie bis zu langfristigen und stationären Maßnahmen.

In Fällen einer akuten Gefährdung kann das Jugendamt Kinder und Jugendliche gemäß **§ 42** des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vorübergehend in seine Obhut nehmen.

Das Jugendamt ruft das Familiengericht an, wenn der Schutz des Kindes in der Familie durch dessen Intervention gewährleistet werden kann. Eine Maßnahme kann dann eine Sorgerechtsbeschränkung oder ein Sorgerechtsentzug sein. Das Familiengericht kann auch ein Umgangs- und Kontaktverbot für den mutmaßlichen Täter aussprechen. Familiengerichte sollen künftig im Interesse vernachlässigter oder misshandelter Kinder früher eingreifen können. Das Familiengericht hat die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind (**§ 1666 Absatz 1 BGB**). Diese offene Formulierung bietet den Familiengerichten vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten. Eine beispielhafte Aufzählung der Schutzmaßnahmen dient der Konkretisierung. Eltern können durch die Gerichte verpflichtet werden, Leistungen der Jugendhilfe (zum Beispiel Erziehungsberatung, soziale Trainingskurse) und der Gesundheitsfürsorge (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen) in Anspruch zu nehmen.

Im Unterschied zur Polizei sind das Jugendamt sowie Beratungsstellen und Kinderschutzdienste nicht verpflichtet, Strafanzeige zu stellen.

Der Gesetzgeber stellt die Misshandlung von Kindern, und zwar die Vernachlässigung, den sexuellen Missbrauch und die körperliche Gewalt, unter Strafe. Die Misshandlung von Schutzbefohlenen, Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung wird nach **§ 225 StGB** mit

Freiheitsstrafen von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Für den sexuellen Missbrauch bestehen mehrere Paragraphen, die meisten Anklagen aber kommen aufgrund von **§ 174 StGB** (sexueller Missbrauch an Schutzbefohlenen) und **§ 176 StGB** (sexueller Missbrauch an Kindern) zustande. Jugendliche unter 16 Jahren sind durch den **§ 182 StGB** (sexueller Missbrauch Jugendlicher) geschützt.

Wird eine Person (Kind, Mann oder Frau) durch Gewalt oder Drohung zu sexuellen Handlungen gezwungen, so kann diese Handlung unter dem **§ 177 StGB** (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) zur Anzeige gebracht werden.

§ 182 des Strafgesetzbuches verbietet sexuelle Handlungen von Erwachsenen ab 21 Jahren mit Jugendlichen unter 16 Jahren, wenn der Erwachsene dabei eine „fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt“. Darüber hinaus sind Jugendliche unter 16 Jahren geschützt, da sexuelle Handlungen eines Erwachsenen (ab 18 Jahre) mit Jugendlichen unter 16 Jahren verboten sind, wenn der Jugendliche durch Ausnutzung einer Zwangslage oder gegen Geld dazu gebracht wird.

Für die ärztliche Praxis ist relevant, dass Kindesmisshandlung nicht zu den Pflichtstrafen nach **§ 138 StGB** gehört. Es gibt keine strafrechtliche Meldepflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Eine Strafanzeige sollte nur als letzte Möglichkeit und in Absprache mit anderen Institutionen gestellt werden. Das Jugendamt ist hier der vorrangige Ansprechpartner.

Grundsätze zum Umgang mit Kindesmisshandlung

In der ärztlichen Versorgung steht das Kind im Vordergrund, nicht das Gewaltproblem. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch die medizinischen Hilfen motiviert, die dem Kind gegeben werden. Der Gedanke, ein allgemeines Gewaltproblem aufzudecken und zu bekämpfen, kann nicht die Arbeit in der ärztlichen Praxis bestimmen.

Kinder, die in ihrer Familie Gewalt erleiden, sind darauf angewiesen, dass Erwachsene ihre Situation erkennen und bereit sind, Hilfe zu organisieren. Als Ärztin oder Arzt haben Sie deshalb die Interessen und das Wohlergehen des Kindes im Blick. Dieses Wohl ist nicht notwendigerweise durch die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner Familie herzustellen. Auch wenn Gewalt in der Familie oder in der näheren Umgebung ausgeübt wird, kann dennoch ein Verbleib des Kindes in seinem Umfeld sinnvoll und angemessen sein. Auch misshandelte Kinder hängen in der Regel an ihren Eltern. Angemessene Hilfe kann deshalb in vielen Fällen – wenn keine akute Gefährdung des Kindes vorliegt – darin bestehen, Mütter und Väter bei ihren Erziehungsaufgaben professionell zu unterstützen. Ärztinnen und

Ärzte können Eltern – nach Abwägung des Gefährdungsrisikos für das Kind – auf geeignete Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen vor Ort aufmerksam machen und gegebenenfalls den Kontakt zu diesen Institutionen vermitteln (Erziehungsberatungsstellen, sozialpädiatrische Stellen, Familienbildungsstätten). Beratungsstellen und Kinderschutzeinrichtungen werden in der Regel nur dann tätig, wenn sich betroffene Eltern oder Kinder und Jugendliche eigeninitiativ an sie wenden.

Im Unterschied dazu haben Jugendämter zusätzlich die Möglichkeit und die Verpflichtung, direkt auf Eltern zuzugehen. In allen Fällen, in denen die Gefahr der Gefährdung des Kindes oder der Verdacht darauf vorliegt, ist gemäß **§ 8 a SGB VIII** das Jugendamt für die Einschätzung des Risikos und die Organisation des Hilfeprozesses zuständig:

§ 8 a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung:

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung kann im Einzelfall sehr schwierig und komplex sein. Zudem gehört sie nicht immer zu den typischen Aufgaben der unter die Norm fallenden Berufsgruppen. Das BKiSchG räumt den in **§ 4 Absatz 1** benannten Berufsgruppen daher das Recht ein, eine im Kinderschutz „insoweit erfahrene Fachkraft“ (zum Beispiel aus einer Beratungsstelle oder einem Kinderschutzdienst) hinzuzuziehen. Es ist Aufgabe der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung dafür zu sorgen, dass in der jeweiligen Region kompetente Personen zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck dürfen der Fachkraft auch Daten in pseudonymisierter Form übermittelt werden. Sinn dieser Übermittlung ist die Einbeziehung fachlicher Expertise zur Gefährdungseinschätzung.

§ 4 Absatz 2 BKiSchG

Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

Ärztinnen und Ärzte können sich deshalb in Zweifelsfällen jederzeit an das örtliche Jugendamt wenden und dort fachliche Unterstützung bei der Abklärung des Verdachts einholen und Möglichkeiten des Umgangs mit der betroffenen Familie besprechen. Sie können dabei das Jugendamt in Form einer offenen, aber auch einer anonymen Beratung um Unterstützung bitten. Die anonyme Beratung trägt dem beson-

GUT ZU WISSEN!



Anonyme Beratung |

Eine anonyme Beratung der Ärztin oder des Arztes durch das Jugendamt ist möglich. Diese trägt dem besonderen Schutz des Vertrauens zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientin beziehungsweise Patient Rechnung.

deren Schutz des Vertrauens zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientin beziehungsweise Patient Rechnung und bietet sich in den Fällen an, wo Sie selbst bei der Einschätzung der Beobachtungen und Befunde hinsichtlich der Gefährdung des Kindeswohls unsicher sind.

Um eine reibungslose Zusammenarbeit in akuten Problemsituationen sicherzustellen, ist es sinnvoll, die Rahmenbedingungen einer solchen Kooperation sowie nach Möglichkeit auch die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner im Jugendamt fallunabhängig zu klären. Klare Absprachen erleichtern den Kontakt und die Problemlösung in Akutsituationen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztinnen und Ärzte in den lokalen Netzwerkkonferenzen, die nach **§ 4 LKindSchuG** unter der Federführung der Jugendämter eingerichtet werden, sind dabei von entscheidender Bedeutung.

Wichtig ist, in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch dem Kind gegenüber unbefangen zu bleiben. Entsetzte oder empörte Äußerungen wie „Das ist ja schrecklich, was dir angetan wurde!“ sind nicht hilfreich. Geben Sie dem Kind ein Gefühl der Sicherheit. Ein ruhiges, zugewandtes Verhalten gegenüber der Begleitperson wirkt unterstützend, wogegen Vorwürfe und Vermutungen gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falls nicht weiterhelfen.

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

Zusammenarbeit | Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und das Problem des Kindes und der Familie zu lösen, insbesondere nicht bei Fällen von innerfamiliärem sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfseinrichtungen ist unbedingt erforderlich. Ärztinnen und Ärzten kommt dabei die Rolle von Initiatoren zu, die den Kontakt zu anderen helfenden Institutionen herstellen.

Auch wenn der Fall von anderen Professionen versorgt und gegebenenfalls koordiniert wird, können Sie weiterhin Ihre Kompetenz und Ihr Verständnis für das Kind und die Familie einbringen.



Kooperationspartner für die ärztliche Praxis

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

In diesem Kontext sind folgende Institutionen wichtige Ansprechpartner:

Die Jugendämter haben den gesetzlichen Auftrag, bei Vorliegen einer Gefährdung den Schutz von Kindern sicherzustellen und Hilfen für betroffene Kinder und ihre Eltern zu organisieren. Sie haben allen Hinweisen auf eine (drohende) Gefährdung nachzugehen, sich entsprechende Informationen zu verschaffen und das Gefahrenpotenzial einzuschätzen. Jugendämter können betroffenen Kindern und Eltern einerseits Hilfen anbieten und andererseits gegebenenfalls eine Trennung der Täterin oder des Täters vom Opfer durchsetzen und zum Beispiel eine Fremdunterbringung des Kindes einleiten. Wenn die Eltern keine Einwilligung dazu erteilen, kann das Jugendamt ein Kind vorübergehend „in Obhut nehmen“ und den (Teil-)Entzug des Sorgerechts beim örtlich zuständigen Familiengericht beantragen. Sie sind aber nicht verpflichtet, mögliche Vergehen anzuzeigen.

Ärztinnen und Ärzte können sich in Zweifelsfällen auch direkt an das Familiengericht wenden. Dieses entscheidet über Veränderungen oder Einschränkungen (von Teilen) des Sorgerechts. Es kann zudem Umgangskontakte beschränken oder ganz ausschließen, auch gegenüber Dritten. Das Familiengericht muss bei Kenntnis eines entsprechenden Sachverhalts „von Amts wegen“ ermitteln und den Sachverhalt aufklären. Bitte beachten Sie hierbei die auf den vorherigen Seiten genannten rechtlichen Voraussetzungen.

Im Rahmen der Prävention von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch kooperiert die Kinder- und Jugendhilfe eng mit den Stellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den Schulen. Dies geschieht, analog zur Suchtprävention, durch Informations- und Aufklärungsprojekte, Öffentlichkeitsarbeit und gezielte gruppenspezifische Angebote.

In Rheinland-Pfalz haben sich die Kinderschutzdienste auf die Arbeit mit sexuell missbrauchten und misshandelten Kindern spezialisiert. Diese Fachdienste schützen, beraten und begleiten betroffene Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus unterstützen sie Eltern und Angehörige mit ihren Hilfen für die Kinder und Jugendlichen und stehen auch im Zuge ihrer Fallarbeit als Ansprechpartner für Fachkräfte anderer Professionen zur Verfügung (siehe Adressen im Serviceteil dieses Leitfadens).

Die Angebote des Kinderschutzbundes sind von Ort zu Ort unterschiedlich gestaltet. Welche Ortsverbände eine Beratungsstelle vorhalten, kann beim Landesverband des Kinderschutzbundes erfragt werden (siehe Adressen in Kapitel 8). Grundsätzlich können zum Beispiel die Einrichtungen des Kinderschutzbundes Auskunft über die vor Ort existierenden Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder geben.

Auch in Beratungsstellen ohne spezifisches Angebot zum Thema „Kindesmisshandlung“ besteht grundsätzlich die Möglichkeit, betroffene Eltern zu beraten und zu unterstützen. Hier ist ebenfalls eine kollegiale Beratung möglich.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst übernimmt einen Part bei der Fürsorge und Förderung der Kindergesundheit, unter anderem mit gesundheitsfördernden Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und bei Schuleingangsuntersuchungen. Diese Aufgaben wurden über das „Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit“ gestärkt. Die Gesundheitsämter informieren über die Früherkennungsuntersuchungen und wirken bei den Eltern auf ihre Inanspruchnahme hin (**§5 Absatz 3 ÖGdG**). In **§ 12 Absatz 2 des ÖGdG** ist geregelt, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der lokalen Netzwerke eng mit dem Jugendamt und den anderen Akteuren zusammenarbeitet.

Interdisziplinäre Kooperationen

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

Im **Kinderschutzgesetz des Landes Rheinland-Pfalz** wurde bereits schon im Jahre 2008 die Notwendigkeit der Einrichtung von Kooperationsstrukturen erkannt und aufgegriffen. Es regelt den Aufbau regionaler Netzwerkkonferenzen an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe. Diese Netzwerkkonferenzen müssen mindestens einmal jährlich in den Landkreisen und Städten durchgeführt werden. Den Jugendämtern obliegt die Planung und Durchführung der Netzwerkkonferenzen, und sie stehen auch als Ansprechpartner zur Verfügung. Das Kinderschutzgesetz sieht gleichzeitig in **§ 16** eine Änderung des Heilberufsgesetzes vor. Durch die gesetzliche Regelung über die besonderen Berufspflichten werden auch für Ärztinnen und Ärzte im Bereich Kinderschutz besondere Verantwortlichkeiten festgeschrieben. Insbesondere sollen sie mit Einrichtungen und Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit soll möglichst im Rahmen der lokalen Netzwerkkonferenzen stattfinden.

Auch das **Bundeskinderschutzgesetz** sieht in **§ 3** zur Ausgestaltung der strukturellen Zusammenarbeit im Kinderschutz den Auf- beziehungsweise Ausbau von Netzwerkstrukturen vor.

Dieses „Netzwerk“ ist die Kooperationsbeziehung der Fachstellen und Akteure im Kinderschutz zur bestmöglichen Realisierung eines präventiven und intervenierenden Kinderschutzes.

Die in Rheinland-Pfalz durch das **Landeskinderschutzgesetz** initiierten lokalen Netzwerke finden also durch die in **§ 3** des **Bundeskinderschutzgesetzes** geregelten Bestimmungen zur Einrichtung entsprechender Netzwerke eine inhaltliche Bestätigung und werden weiter ausgebaut und verfestigt.

In der Berufsordnung für den Bereich der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz heißt es in § 9 (Schweigepflicht):

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Insbesondere gilt die Erlaubnis zur Offenbarung auch bei dem begründeten Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder einer schwerwiegenden Vernachlässigung. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

Die ärztliche Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht ist die Basis für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Denn Patienten müssen sicher sein können, dass Informationen über sie geheim bleiben und nicht Unbefugten bekannt werden. Ohne absolute Verschwiegenheit gelingt es nicht, eine optimale Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, die die Behandlung stützt und fördert. Gute medizinische Versorgung funktioniert nur mit Hilfe dieses Urvertrauens darauf, dass Ärztinnen und Ärzte keine Informationen über ihre Patienten weitergeben.

Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist deshalb auch die Regel. Die Ausnahme hierfür beruht auf dem Recht zur Offenbarung. Verschwiegenheit von Ärzten ist sowohl im Strafrecht als auch im Berufsrecht festgeschrieben. Nur die Patienten selber können ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden.

Im Strafgesetzbuch heißt es beim Punkt „Verletzung von Privatgeheimnissen“ (**§ 203 StGB**): Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als Arzt oder Berufspsychologen anvertraut oder sonst

bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft. Patienten können Verletzungen der Verschwiegenheit zivilrechtlich mit Schadensersatzansprüchen belangen. Auch arbeitsrechtlich kann der Bruch der Schweigepflicht Konsequenzen haben. Denn die Schweigepflicht gilt ebenfalls gegenüber Klinikverwaltungen.

Berufsrechtlich ist die ärztliche Schweigepflicht im rheinland-pfälzischen Heilberufsgesetz verankert. Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht gehört zu den besonderen Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte.

Darüber hinaus ist die ärztliche Schweigepflicht in der Berufsordnung festgeschrieben. Doch da gerade Ärztinnen und Ärzten bei der Entdeckung von Misshandlung und Vernachlässigung in allen Altersgruppen eine sehr wichtige Rolle zukommt, hat die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in ihrer Berufsordnung den Schweigepflicht-Passus in Bezug auf die Offenbarungsbefugnis aktualisiert. Demnach sind Ärztinnen und Ärzte zur Offenbarung befugt, soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Ganz konkret gilt dies bei dem begründeten Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder schwerwiegende Vernachlässigung.

Diagnostik und Befunderhebung

Diagnostik als Prozess

Verdacht | Der Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch kann auf verschiedene Weise entstehen, etwa aufgrund von

- **körperlichen Symptomen**, zum Beispiel einer ungeklärten Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene,
- **auffälligem Verhalten des Kindes**, zum Beispiel einem plötzlich eintretenden Schulleistungsknick mit sozialem Rückzug,
- **anamnestischen Angaben**, zum Beispiel unvollständigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen oder gehäuften Unfällen, oder
- **gestörten familiären Interaktionen**, zum Beispiel mangelnder Zuwendung der Mutter oder feindseligem Verhalten dem Kind gegenüber.

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. Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation gibt Ihnen der Befundbogen in Kapitel 9.

Körperlicher Befund

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.

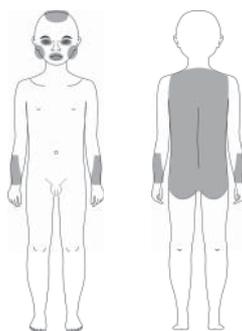
Überängstliches Verhalten oder eine stark angespannte Bauchdecke in der Untersuchungssituation sollten Sie an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken lassen.

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. Bei 90 Prozent der Misshandlungsopfer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in

verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachtet.

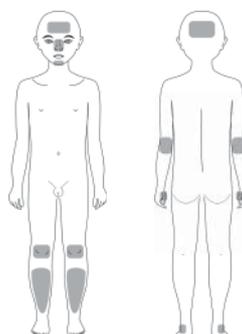
Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, am Gesäß, am Rücken, an den Oberarminnenseiten, im Brustbereich und auf dem Bauch eher auf Misshandlung hin (vergleiche Abbildung 1). Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen Lokalisationen an Handballen, Ellenbogen, Knie und Schienbein (Abbildung 2) sowie am Kopf im Bereich der „Hutkrempeleinie“ oder darunter (Abbildung 3).

Abbildung 1 | Misshandlungsverletzungen



.....
Oberkopf, Augen, Wangen, Mundschleimhaut, Strecken der Unterarme und Hände, Rücken, Gesäß
.....
(Quellenangabe: Robin Wille, Kassenzahnärztliche
Vereinigung Sachsen-Anhalt [2014])
.....

Abbildung 2 | Sturzverletzungen



.....
Stirn, Nase, Kinn, Hinterkopf, Ellenbogen, Handballen, Knöchel, Knie, Schienbein (Quellenangabe: Robin Wille, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt [2014])
.....

Abbildung 3 | „Hutkrempe“-Regel



.....
Schlag- und Hiebverletzungen, Sturzverletzungen
(Quellenangabe: Robin Wille, Kassenzahnärztliche
Vereinigung Sachsen-Anhalt [2014])
.....

Abbildung 4 | Gürtel- und Stockschläge

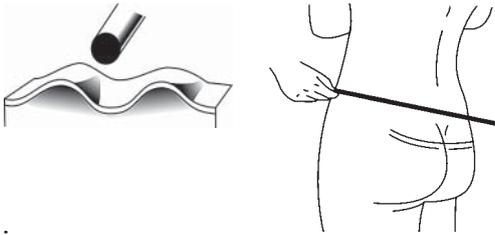


Foto oben: Gürtelschläge (Foto: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz); Grafik: Entstehung von Doppelstriemen (Quellenangabe: Robin Wille, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt [2014])

Abbildung 5 | Misshandlungen unklarer Art



Misshandlungen ohne Erklärung (Fotos: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Gelegentlich sind diese Hämatome geformt und lassen auf einen Schlaggegenstand schließen. Einwirkungen von stockähnlichen Werkzeugen oder Gürteln können Doppelstriemen hinterlassen (vergleiche Abbildung 4). Auch Kratz- und Bisswunden sind oft Hinweise auf Misshandlung. Bissverletzungen mit einem Abstand von mehr als drei Zentimetern zwischen den abgezeichneten Eckzähnen deuten auf einen erwachsenen Täter hin und sollten an einen sexuellen Missbrauch denken lassen. 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 Blutungen bei der Liquorpunktion (subarachnoidale Blutungen) müssen den Verdacht auf ein Schütteltrauma erwecken. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intrakraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu krampfen beginnt.

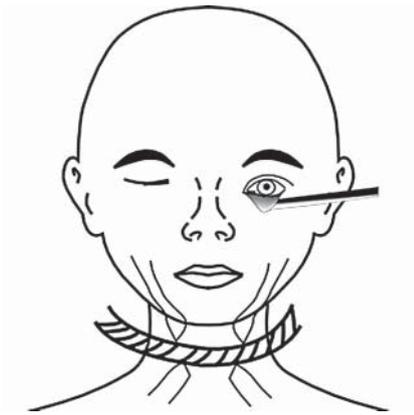
Oftmals fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen. Die Symptome des subduralen Hämatoms sind vielfältig. Akut kommt es zu Benommenheit, Schläfrigkeit bis hin zu Bewusstlosigkeit sowie zu Erbrechen und zu Krampfanfällen. Zusätzlich können – müssen aber nicht zwingend – beim Schütteltrauma Griffmarken 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 pathologischem Mechanismus auch noch das Aufschlagen des Kopfes an einem Gegenstand hinzu, das heißt, das Kind erleidet noch zusätzliche, oft mehrfache Hirnprellungen.

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 notwendig, um das Leben des Kindes zu retten. 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 intrakranieller Blutung. Feine flohstichartige Blutungen in den Augenbindehäuten und an den äußeren Lidhäuten können als Stauungsblutungen entstehen, wenn die Halsvenen beim Würgen oder Drosseln zugeedrückt wurden, der arterielle Zufluss aber noch erfolgte (Abbildung 6). Flächenhafte Blutungen sind Folgen eines direkten Schlages auf das Auge.

Abbildung 6 | Stauungsblutungen



Quellenangabe: Robin Wille, Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2014)

Abbildung 7 | Angeblich in der Dusche ausgerutscht



Angeblich in der Dusche ausgerutscht
(Foto: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Abbildung 8 | Griffspuren



Griffspuren (Foto: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Abbildung 9 | An den Haaren gezogen



An den Haaren gezogen (Foto: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

Abbildung 10 | Verbrühung



Typische Eintauchverbrühung
(Foto: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

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 dabei den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen.

Kreisförmige Verbrennungen am Handteller, unter den Fußsohlen und am Bauch können durch Zigaretten verursacht sein. Große runde Verbrennungen am Gesäß entstehen auch dadurch, dass Kinder auf eine heiße Herdplatte gesetzt werden.

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 Abspaltungen 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 Sonographie und die Skelettszintigraphie 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 Skeletteile hinzukommen, muss die Diagnose der Kindesmisshandlung ausgesprochen werden, auch wenn dies von den Eltern wiederholt in verschiedenen Versionen verneint wird.

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern von einem Lebensalter unter drei Jahren muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden.

Die Verkalkung an der Bruchstelle setzt innerhalb der ersten Woche nach der Verletzung ein und ist danach auf dem Röntgenbild nachweisbar. Daher ist es wichtig, bei dringendem Verdacht auf Misshandlung die Röntgenaufnahme nach ein bis zwei Wochen zu wiederholen. Computertomographien und Röntgenuntersuchungen (eventuell auch eine Skelettszintigraphie) sind vor allem bei Kindern unter drei Jahren wichtig, um überhaupt Misshandlungen erkennen zu können. Sie müssen jedoch selbst im Einzelfall entscheiden, wann die Verdachtsmomente sich so verdichten, dass eine Röntgenaufnahme angezeigt ist.

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 Gekrösewurzel
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüseneinrisse
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämato-perikard

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

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 ruhigzustellen, damit die Betreuungsperson ungestört ist beziehungsweise 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 Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden. Erklären Sie dem Kind die Untersuchungsschritte. Sie sollten offen über das Thema sprechen können und sich nicht überängstlich verhalten. Weigert sich ein Kind, so sollte es Zeit bekommen, mit der Situation vertrauter zu werden.

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

Bei der Inspektion werden neben dem Gesamtaspekt des Genitalbereiches die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen in allen Anteilen sowie die Inguinalregion und der Anus beurteilt. Mit Hilfe der Separations- oder Traktionsmethode können 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 wie mikrobiologische oder virologische Kulturen, serologische Untersuchungen oder der Nachweis von Sperma.

Eine gynäkologische Untersuchung, das heißt eine instrumentelle Untersuchung mit Vaginoskop oder Spekulum, sollte 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. Wenn Sie sich als Arzt mit einer exakten kindergynäkologischen Untersuchung überfordert fühlen, sollten Sie eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung in einer spezialisierten Klinik oder durch einen Rechtsmediziner mit Erfahrung in Befunderhebung und forensischer Bewertung anstreben (Kontaktadressen siehe Seite 28).

Liegt der vermutete sexuelle Übergriff mehr als 48 bis 72 Stunden zurück und ist bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweisbar, können forensische Überlegungen vorerst in den Hintergrund treten und kann eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung sorgfältig geplant werden. Hat ein Übergriff aber in den letzten 48 bis 72 Stunden stattgefunden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserhebliche Hinweise festhalten zu können (siehe Dokumentationsbogen in Kapitel 9).

Abbildung 11 | Weitere Verletzungsmuster



Foto oben: Bissverletzung durch Erwachsenen;
Foto Mitte: Schläge; Foto unten: Bindehautblutungen nach versuchtem Ersticken (Fotos: Institut für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz)

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 ein weiter Eingang der Vagina beziehungsweise eine Rötung, Einrisse oder eine venöse Stauung im Analbereich.

Im Zusammenhang mit dem Verdacht beziehungsweise der Anschuldigung des sexuellen Kindesmissbrauchs bleiben allerdings auch immer wieder Beweisfragen ungeklärt. Beispielsweise ist aus diversen Literaturquellen bekannt, dass keineswegs jedes Einführen eines männlichen Gliedes beziehungsweise alle intravaginalen Manipulationen zwangsläufig mit dem Zerreißen des Jungfernhäutchens oder mit sichtbaren Verletzungen im Scheidenbereich einhergehen. 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 Differentialdiagnose einer früheren unfallmäßigen Pfählungsverletzung in die Diskussion gebracht wird.

Sexuell übertragbare Krankheiten wie zum Beispiel Gonorrhö oder Condylomata acuminata vor der Geschlechtsreife des Kindes sind mit größter Wahrscheinlichkeit Folge von Missbrauch. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpupertät 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. Durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln wird das Kind so vor einer Retraumatisierung geschützt.

Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Über das seelische Befinden des Kindes geben die Verhaltensbeobachtung und der psychische Befund Auskunft. Dieser sollte sowohl in der Praxis als auch in der Klinik zum diagnostischen Alltag gehören.

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.

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 die dadurch hervorgerufenen Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert werden. Diese entstehen durch Handlungen, die dem Kind das Gefühl der Ohnmacht, Wertlosigkeit und übertriebener Abhängigkeit vermitteln. „Haltungen, Gefühle und Aktionen“ von Erwachsenen oder Personen aus dem engen oder auch weiteren Umfeld der Kinder, in der Familie, Schule, Freizeit, im Sport und in anderen Bereichen führen „zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind und behindern dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit“ (zitiert nach Eggers, 1994). Die Schäden sind oft folgenschwer und daher mit denen der körperlichen Misshandlung vergleichbar.

Seelische Misshandlung liegt unter anderem vor, wenn dem Kind über längere Zeit in seiner Entwicklung ein Gefühl der Ablehnung, der Demütigung oder Herabsetzung vermittelt wird oder wenn das heranwachsende Kind durch unangemessene Leistungsanforderungen in Familie, Schule, Sport und Freizeit überfordert und/oder durch Liebesentzug,

Zurücksetzung, öffentliche Bloßstellung, Gleichgültigkeit und ungerechtfertigten Tadel bestraft wird.

Schwerwiegend sind ebenfalls solche Maßnahmen, die bei dem Kind Angst auslösen, wie Einsperren (zum Beispiel in einem dunklen oder engen Raum wie Besenkammer oder WC), Alleinlassen, Isolation, Drohungen und Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern oder auch Erzieher die Kinder in einem stark überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus und führen unkontrollierte Handlungen aus, die für das Kind in ihrer Plötzlichkeit und Wucht weder zu erwarten noch nachvollziehbar sind. Ebenso können nicht gerechtfertigte oder überzogene Strafen bei ständiger Wiederholung Ausdruck einer seelischen Gewalt sein.

Oftmals werden die Kinder auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht, indem sie gezwungen werden, die elterlichen Streitereien mitzuerleben, oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Überbehütendes Verhalten kann gleichfalls zum Ausdruck seelischer Gewalt werden, wenn es die Entwicklung des Kindes zu einer selbstständigen, sich ihrer selbst bewussten und verantwortungsvoll handelnden Persönlichkeit beeinträchtigt.

Symptome bei seelischer Gewalt

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

Vernachlässigung

Ein wachsendes Problem ist die Vernachlässigung von Kindern. Immer öfter werden Kinder entdeckt, die in verwaorsten Wohnungen sich selbst überlassen sind. Diese Schicksale erschüttern. Doch medienräftige Einzelschicksale sind leider nur die Spitze des Eisbergs. Vernachlässigung beginnt bereits im Kleinen und ist weiter verbreitet, als man glauben möchte.

Vernachlässigung ist eine Form von Gewalt und braucht deshalb besondere Aufmerksamkeit. Erste Symptome von Vernachlässigung lassen sich oft mit allen Sinnen begreifen: Sehen, Hören und Riechen sind dabei sicherlich die wichtigsten Sinne.

Vernachlässigung ist keine einmalige Sache. Vernachlässigung ist ein Prozess, der sich einschleicht und wiederholt. Wenn Sie den Verdacht haben, dass ein Kind vernachlässigt wird, dann schärfen Sie Ihre Sinne und beobachten Sie genau. Hilfreich für Ihre Beobachtungen kann es auch sein, diese zu dokumentieren.

Nach Erfahrungen verschiedener Experten können folgende Erscheinungen Signale sein:

Signale wahrnehmen |

- › Schlaf-, Ess- und Schreip Probleme
- › Deutliche Ernährungsprobleme, markantes Unter- oder Übergewicht, Gedeih- und Wachstumsstörungen
- › Schlechte Pflege und mangelnde Hygiene
- › Deutliche Verzögerungen in der Entwicklung
- › Deutliche Verhaltensauffälligkeiten: aktiv, nervös, verschüchtert, passiv, apathisch, aggressiv, distanzlos
- › Unregelmäßiger Kindergarten- und/oder Schulbesuch

Erste Eindrücke |

- › Hat das Kind eine auffallend blasse Haut und ein teigiges Gesicht?
- › Hat das Kind einen traurigen Blick?
- › Hat das Kind eine starre Mimik?
- › Hat das Kind Ringe um die Augen?

Motivieren Sie am besten auch Ihre Mitarbeiter, auf Vernachlässigungssignale zu achten. Oft sind es nämlich Ihre Mitarbeiter, die den ersten Kontakt haben, wenn beispielsweise Eltern mit ihren Kindern in die Sprechstunden kommen und Ihre Mitarbeiter dabei schon im

Empfangsbereich sehen, wie Eltern mit ihren Babys und Kleinkindern umgehen. Die interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohlgefährdung“ hat die wichtigsten Auffälligkeiten in einem Leitfadencatalog zusammengefasst. Diese Anhaltspunkte haben sich in der täglichen Arbeit als sehr hilfreich erwiesen, weil sie das gesamte Umfeld des Kindes berücksichtigen:

Körperpflege |

- › Hat das Kind meistens durchnässte und/oder mehrfach benutzte Windeln an?
- › Ist seine Hautoberfläche im Windelbereich in größeren Teilen entzündet?
- › Sind regelmäßig Dreck- und Stuhlreste in den Hautfalten von Genital- und Gesäßbereich?
- › Ist das Kind meist ungepflegt?
- › Bekommt es seine Haare und Nägel geschnitten?
- › Hat das Kind immer schmutzige Fingernägel?

Schlafplatz |

- › Bekommt das Kind kaum Tageslicht zu sehen und liegt es tagsüber meist stundenlang in einem abgedunkelten Raum?
- › Ist die Matratze, auf der es liegt, nass und muffig?
- › Hat das Kind Bettwäsche?
- › Liegt das Kind immer im Bett, in der Wippe oder in der Tragetasche?

Kleidung |

- › Trägt das Kind Kleidung, die es ausreichend vor Hitze, Sonne, Kälte und Nässe schützt?
- › Ist das Kind so gekleidet, wie es die Jahreszeit gerade erfordert?
- › Passt die Kleidung oder sind die Anziehsachen viel zu eng oder viel zu groß?
- › Ist die Kleidung gepflegt?
- › Riecht die Kleidung immer muffig?

Ernährung |

- › Vergleichen Sie die Gewichtskurve mit der Musterkurve im Vorsorgeheft. Gibt es ständige Abweichungen?
- › Bekommt das Kind genügend zu trinken?
- › Werden bei der Ernährung Hygiene-Mindeststandards eingehalten, wie beispielsweise das Reinigen der Flasche?
- › Kommt das Kind ständig ohne Frühstück und Pausenbrote in den Kindergarten oder die Schule?
- › Bekommt das Kind eine warme Mahlzeit pro Tag?

Krankheiten |

- › Werden Krankheiten und Entwicklungsstörungen zu spät erkannt oder wird gar deren Behandlung verweigert oder bagatellisiert?
- › Werden die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen?
- › Wird das Kind geimpft?

Analysiert man Fälle von Vernachlässigung, so stellt sich immer wieder heraus: Die meisten Eltern wollen durchaus das Beste für ihr Kind. Aber sie erreichen es nicht, weil sie entweder hierfür nicht die angemessene Art und Weise kennen oder weil sie mit ihrem Kind überfordert sind. Meistens sind diese Eltern auch mit ihren eigenen Problemen überfordert, überlastet und dadurch abgelenkt. Ihre Kraft reicht dann nicht mehr aus, sich wohlwollend um ihr Kind zu kümmern.

Zärtlichkeit |

- › Nehmen die Eltern ihr Kind beim Füttern in den Arm oder bekommt es nur eine Flasche, aus der es allein trinken muss?
- › Wird das Kind vor dem Fernseher gefüttert oder wird nebenbei beim Füttern ferngesehen?
- › Wird das Kind grob und ohne Ansprache gewickelt?
- › Wird dem Kind Trost verweigert, wenn es krank ist oder sich verletzt hat?
- › Wird das Kind bei unerwünschtem Verhalten gekniffen, geschüttelt, geschlagen oder sonst wie gezüchtigt?
- › Wird mit dem Kind nur dann geschmust, wenn das Bedürfnis der Eltern es vorsieht, aber nicht dann, wenn das Kind schmusen möchte?

Geborgenheit |

- › Bleibt das Kind unbeachtet, obwohl es anhaltend schreit?
- › Machen die Eltern ihm oft Angst?
- › Wird es ständig angeschrien?

Schutz vor Gefahren |

- › Bleibt das Kind ohne Aufsicht auf dem Wickeltisch oder in der Badewanne?
- › Wird es zu lange allein gelassen?
- › Ist der Haushalt kindersicher? Gibt es beispielsweise geschützte Steckdosen, gesicherte Treppen und ungefährliches Spielzeug?

Ansprache |

- › Wird nicht oder kaum mit dem Kind gesprochen?
- › Wird nicht oder kaum mit dem Kind gespielt?
- › Gibt es altersgerechtes Spielzeug?
- › Kümmern sich die Eltern um die Hausaufgaben?
- › Ist das Kind sozial isoliert?
- › Kommt das Kind mit anderen Kindern und Erwachsenen in Kontakt?



Situation der Eltern |

- › Haben die Eltern selbst häufige Beziehungsabbrüche und Fremdunterbringung erlebt oder andere Mangelerfahrungen gemacht?
- › Gibt es in der Familie anhaltende Armut?
- › Hat die Familie soziale Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie?
- › Zieht die Familie öfter und kurzfristig um?

All diese Punkte können Signale dafür sein, dass das Risiko einer Vernachlässigung besteht. Treffen viele dieser Punkte zu, dann können diese Faktoren gemeinsam das Risiko einer Vernachlässigung erhöhen.

Sexueller Missbrauch

Bei sexuellem Missbrauch gibt es kaum eindeutige Symptome. Deshalb sollten Sie immer Differentialdiagnosen aufstellen. Zu den oben beschriebenen Verhaltensweisen werden weitere Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Diese Symptome sind ebenfalls unspezifisch und müssen weiter abgeklärt werden:

gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Alpträume,

unklare Angstzustände, Schmerzen (zum Beispiel Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversionssyndrome.

Unterleibsverletzungen und Geschlechtskrankheiten bei Kindern, wie zum Beispiel Gonorrhö, 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. Dagegen kommen spezifische Infektionen zum Beispiel durch **Trichomonaden** oder **Candida** bei Mädchen vor der Pubertät sehr selten vor, wenn kein sexueller Missbrauch vorliegt. **Condylomata acuminata** 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, Ekzeme) 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“ beziehungsweise „belastende Lebensumstände“ in Ihre differentialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen.

Sollte es zu einem Gespräch mit dem Kind oder einer Betreuungsperson über den Verdacht auf Misshandlung beziehungsweise 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 Suggestiv-

frage gewertet werden könnte. Wenn sich das Kind von sich aus mitteilt, so sollten dessen eigene Angaben schriftlich, wenn möglich wörtlich niedergelegt werden.

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 den Dokumentationsbogen in Kapitel 9 hingewiesen.

Die Forensische Ambulanz der Rechtsmedizin der Universität Mainz

Die Forensische Ambulanz der Rechtsmedizin der Universität Mainz bietet für Opfer von Gewalt- oder auch Sexualstraftaten eine besondere Untersuchungsmöglichkeit. Neben einer medizinischen Erstversorgung verletzter Opfer (in der Regel Frauen und Kinder) sichert das Institut den Befund und verbessert dadurch zum einen die Beweislage in einem möglichen späteren Strafverfahren und zum anderen die Situation des Opfers bei der Durchsetzung zivilrechtlicher Ansprüche. Zudem trägt dieses vom Ministerium des Innern, für Sport und Infrastruktur finanziell geförderte Angebot zu einer verbesserten Verarbeitung traumatischer Erlebnisse durch das Opfer bei, da hierdurch Mehrfachuntersuchungen und eine Reviktimisierung vermieden werden können. Die Förderung sichert so einen wichtigen Bestandteil der Interventionskette gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen.

Das Institut kann für die Opfer eine kostenfreie Dienstleistung auch in den Fällen anbieten, in denen noch keine vorherige Einbindung der Strafverfolgungsbehörden erfolgte. Die erhobenen Befunde werden in diesen Fällen von der Forensischen Ambulanz archiviert und stehen bei Bedarf für eine spätere Verwendung in einem Strafverfahren zur Verfügung.

Die Rechtsmedizin verfügt über einen komplett ausgestatteten Ambulanzraum für erwachsene Opfer sowie seit 2010 über einen kindgerechten Untersuchungsraum in den Räumen des Instituts. Auf Anforderung gewährleistet die Forensische Ambulanz in Rheinland-Pfalz im Einzelfall auch Untersuchungen außerhalb der eigenen Räumlichkeiten.

Forensische Ambulanz der Universität Mainz

für erwachsene und kindliche Opfer körperlicher und sexueller Gewalt:
Informationen erhalten Sie unter
Tel. 061 31 - 17-95 50 beziehungsweise
061 31 - 17-0 (24-Stunden-Bereitschaft).

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. So lehnen manche Eltern eine adäquate Behandlung oder weitergehende Untersuchungen ab, obwohl diese dringend angezeigt sind. Viele Eltern berichten widersprüchlich von dem „Unfall“, der sich zugetragen haben soll.

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

Bei der Früherkennungsuntersuchung im Säuglingsalter können unter anderem die folgenden Beobachtungen auf Ablehnung und Vernachlässigung durch die Mutter hinweisen:

- › Wenig freundlicher Umgang mit dem Kind, zum Beispiel Mutter lächelt wenig.
- › Geringe Zärtlichkeit, zum Beispiel kaum zärtliche Berührungen; Mutter vermeidet Körperkontakt mit dem Kind.
- › Häufig verbale Restriktionen, zum Beispiel sehr negative Feststellungen über das Kind, Vorwürfe in sehr ärgerlichem Ton.
- › Mutter übergeht deutlich die Signale des Kindes (Lächeln, Quengeln, Schreien).
- › Reaktives (soziales) Lächeln des Kindes fehlt (mangelnder Blickkontakt).
- › Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist von Unsicherheit, geringer Vorhersagbarkeit und mangelnder Verlässlichkeit gekennzeichnet.
- › Die Mutter wirkt überfordert und nimmt das Kind nicht in seinen kindlichen Bedürfnissen, sondern als „ebenbürtig“ wahr.

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

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

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

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.

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, sollten Sie zunächst vermeiden, mit der Familie beziehungsweise 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. Unter Beachtung der Schweigepflicht können Sie sich Hilfe und Unterstützung beim örtlichen Jugendamt, bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch dem Institut für Rechtsmedizin an der Universität Mainz holen (Adressen siehe Kapitel 8).

Es gibt keine allgemeingültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung über ein sofortiges Handeln können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Risiken treffen.

In einigen Fällen kann das Einholen eines zweiten Urteils notwendig sein. Insbesondere bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch können Sie an die Grenzen Ihrer diagnostischen Möglichkeiten gelangen. Sie sollten dann auf die Konsiliaruntersuchung von Kindergynäkologinnen oder Kindergynäkologen zurückgreifen. Sie müssen allerdings abwägen, ob dem Kind eine gynäkologische Untersuchung zuzumuten ist. Grundsätzlich sollten möglichst wenige Untersuchungen stattfinden.

Wenn Sie psychologischen und/oder sozialpädagogischen Sachverstand einbeziehen, können Verhaltensauffälligkeiten eher in Zusammenhang mit der Diagnose gebracht werden. Eine Kooperation zwischen Ärzten und entsprechenden Professionen ist anzustreben.

Fallmanagement in der Arztpraxis

Die folgenden Empfehlungen für ein gemeinsames Fallmanagement wurden bei Kooperationsstreffen von niedergelassenen Ärzten, weiteren Hilfseinrichtungen und Behörden entwickelt. Diese Empfehlungen gehen über Diagnostik und Befundsicherung hinaus.

Gemeinsames Fallmanagement beruht bei guten Rahmenbedingungen auf persönlichen Kontakten zwischen Arztpraxen, Jugendämtern, Gesundheits- und Umweltämtern, Beratungsstellen öffentlicher und freier Träger, spezialisierten Krankenhausabteilungen und weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Problem „Gewalt gegen Kinder“ befassen. Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen.

Grundlage für ein gemeinsames Fallmanagement ist die Kenntnis entsprechender Beratungs- und Hilfsangebote in der Arztpraxis. Die Angebote müssen für die Eltern oder Begleitpersonen des Kindes erreichbar sein. Hierzu bietet der Leitfaden eine Hilfe.

Sie sollten darüber hinaus Ihre persönliche Haltung zum Problem Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch kritisch prüfen. Der Kontakt zu Opfern und möglichen Tätern erfordert einen vorurteilslosen Umgang mit dem Problem. Ihre Aufgabe ist es, die nach einem Erstkontakt mit der Diagnose „Verdacht auf Gewalt gegen Kinder“ möglicherweise gefährdete Arzt-Patienten-Beziehung zu stabilisieren. Nur so ist ein gemeinsames Fallmanagement durch Kooperation zwischen Ihnen, Allgemeinen Sozialen Diensten und spezialisierten Beratungseinrichtungen möglich.

Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

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

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

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.



Verhalten während des Praxisbesuchs

Grundsätzlich Ganzkörperuntersuchung |

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

Dem Kind Sicherheit geben | Wichtig ist hierbei ein kindgerechtes Untersuchungsverhalten mit einer unauffälligen Form der Symptomsuche. Heben Sie immer auch das Positive der Untersuchung hervor. Ziel ist es, dem Kind die Sicherheit zu vermitteln, dass es über seine Gewalterfahrungen frei sprechen kann.

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

- 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 mit dem Jugendamt oder einer Beratungseinrichtung notwendig wird, sollten Sie Eltern oder Begleitpersonen über diesen Schritt informieren. Ziel der Gespräche ist es, bei Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung des Kindes Vorbehalte oder Bedenken seitens der Eltern beziehungsweise Begleitpersonen gegenüber der Inanspruchnahme einer speziellen Beratungseinrichtung oder der Allgemeinen Sozialen Dienste abzubauen.



Zwischen den Praxisbesuchen

Einholen zusätzlicher Informationen von den Jugendämtern | Durch Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiter erhalten unter anderem durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die Jugendämter besitzen aufgrund ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis und dürfen eine fundierte fachliche Risikoeinschätzung abgeben. Wichtig ist, dass bei einer Kontaktaufnahme der Ärztin beziehungsweise des Arztes mit dem Jugendamt zur Risikoeinschätzung eine fachliche Erörterung erfolgt, aber das Jugendamt darf seinerseits keine Erkenntnisse, die es über die Familie hat, der Ärztin beziehungsweise dem Arzt offenbaren (**§ 65 SGB VIII**).

Anzeige eines Falls bei Gericht nicht sinnvoll | Auch bei einem gesicherten Gewaltverdacht ist eine direkte Anzeige des Falls gegenüber Gerichtsbehörden durch die Arztpraxis nicht sinnvoll. Bei Anruf muss das Gericht tätig werden und wendet sich zunächst an das Jugendamt. Häufig unterbleibt eine Rückmeldung des Gerichts an die Arztpraxis. Sie können somit keinen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Falls nehmen. Ein hinreichender Verdacht sollte daher zuerst gegenüber dem Jugendamt geäußert werden.

Vormundschaft klären | Familiengerichte stehen jedoch für allgemeine juristische Auskünfte bereit. Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht ist beispielsweise angezeigt, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Bestallungsurkunde nicht vorweisen kann.

Informationsweitergabe persönlich vereinbaren | Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungsstellen freier Träger sind mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 zum Beispiel die Mitteilung über einen Abbruch des Kontaktes zwischen Ihnen und dem betreuten Kind umfassen.

Wohl des Kindes am wichtigsten | Die Information von Behörden oder Beratungseinrichtungen freier Träger sollte grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern des Kindes erfolgen. Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn es gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls des Kindes oder des Jugendlichen gibt und die eigenen fachlichen Mittel nicht ausreichen.

Falldokumentation als Beweissicherung | Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Fotoaufnahmen 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. In Kapitel 9 dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können.

Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Eröffnungsgespräch vorbereiten | Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern beziehungsweise Begleitpersonen eröffnet werden. 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, wie sie die lokalen Netzwerke nach dem Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit erreichen wollen, ist hierbei eine wichtige Hilfe.

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 zum Beispiel fest, dass ein Kind, das wegen Husten vorgestellt wird, mehrere Hämatome aufweist. Sie sollten den Eltern diese Befunde unbedingt mitteilen und mit ihnen über mögliche Ursachen reden.

Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Beim Praxisbesuch 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:

- Bei den meisten in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung ist ein **sofortiges Handeln nicht erforderlich**.
- **Im Notfall** – Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden – **besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens der Polizei**.
- Selbst in den Fällen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern, ist entsprechend der Gefahrenbewertung eine **abgestufte Reaktion** möglich.

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich |

- Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt
- Kontaktaufnahme mit einem Kinderschutzdienst oder einer Beratungsstelle
- Krankenhauseinweisung
- Einschalten der Polizei

- Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern beziehungsweise den Begleitpersonen des Kindes **eindeutig** zu begründen („Ich muss jetzt das Jugendamt anrufen, weil ...“).
- In der Praxis auftretende Krisenfälle können Sie durch einfache Maßnahmen entschärfen, wie 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 erstmals 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 einzuholen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Anonymisierung nicht immer dadurch erreicht wird, dass man den Namen der Betroffenen nicht nennt, da in manchen Fällen für die Identifizierung bereits die Schilderung der Umstände ausreichend sein kann.

Rückmeldungen

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement | Gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, Kolleginnen und Kollegen anderer Praxen, den Jugendämtern, Gesundheitsämtern, Kinderschutzdiensten, Beratungsstellen, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern. 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 bietet die Teilnahme an regelmäßigen Kooperationstreffen eine leicht organisierte Möglichkeit zum Austausch von Informationen und Erfahrungen. Sowohl die Fallarbeit als auch der präventive Ansatz erfordern ein hohes Maß an Einsatz und Energie. Als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt haben Sie jedoch die Möglichkeit, durch längerfristige Verläufe den Erfolg Ihrer Bemühungen zu sehen. Dann kann die Betreuung von Familien, in denen Gewalt gegen Kinder geschieht, eine lohnende Arbeit sein.

Mobbing – Cybermobbing

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 (zum Beispiel Schlagen, Stoßen, Treten) oder verbale Angriffe (beispielsweise das Nachrufen „dummer Sprüche“, Drohen, Hänkeln).

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 vergangenen 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 (englisch Harassment): direkte (teilweise nicht öffentliche) Beleidigungen und Drohungen beziehungsweise Zusenden von unhöflichen oder verletzenden Nachrichten, beispielsweise E-Mails
- Verunglimpfung (englisch Denigration): öffentliches Verbreiten unwahrer Gerüchte über einen Dritten, die dessen Ansehen schaden, beispielsweise über soziale Netzwerke wie Facebook
- Betrug (englisch Impersonation): unbefugtes Auftreten unter falscher Identität, das dem Ansehen der betroffenen Person schadet, beispielsweise in einem Chat
- Verrat (englisch Outing & Trickery): öffentliches Verbreiten von Geheimnissen oder privaten Fotos/Videos gegen den Willen des Betroffenen, um den Betroffenen bloßzustellen, beispielsweise auf YouTube
- Ausgrenzung (englisch 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.

Beispielsweise ist Wiederholung bei Cybermobbing teilweise eindeutig vorhanden (zum Beispiel mehrfaches Übersenden beleidigender E-Mails), teilweise eher vom Opfer empfunden

(zum Beispiel einmaliges Veröffentlichen eines peinlichen Fotos, das aber viele Personen im Internet sehen).

Auch 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 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.



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 weitergemobbt werden und umgekehrt.

Darüber hinaus übt bei 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).

Beim Cybermobbing könnte das beispielsweise so aussehen: Ein Cyber-Täter lädt peinliche Bilder eines Cyber-Opfers im Internet hoch, so dass jeder sie sehen kann. Ein Assistent verbreitet die Links der peinlichen Bilder; ein Verstärker benutzt einen Link und schreibt einen gemeinen Kommentar; ein Verteidiger meldet dies den Anbietern der Internetseite und sorgt dafür, dass die Bilder gelöscht werden; ein Außenstehender nutzt die zugeschickten Links nicht, sondern löscht die entsprechende E-Mail.

Neben diesen Gemeinsamkeiten von Mobbing und Cybermobbing gibt es deutliche konzeptuelle Unterschiede: Im Gegensatz zu Mobbing kann ein Täter bei Cybermobbing vermeintlich 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 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 gegenübersteht. 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. Dies kann dazu führen, dass die Täter von Cybermobbing weniger Empathie empfinden und die aggressiven Handlungen besonders brutal und grausam ausfallen.

Aus dem gleichen Grund ist es für das Opfer schwieriger, die wahre Intention des Täters zu interpretieren. Das Opfer kann schädigende Absicht oder Spaß nicht unterscheiden. Verschärfend kommt hinzu, dass aufgrund der großen Verbreitung von (mobilem) Internet und Handys Cybermobbing örtlich und zeitlich unbegrenzt ist. Wenn man so will, beginnt Cybermobbing dort, wo Mobbing aufhört, und 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 potenziell große Öffentlichkeit kann es zu verstärkten negativen Auswirkungen auf die Opfer kommen.

Eine weitere Besonderheit des Cybermobbings ist ein erweiterter Kreis von potenziellen 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.

Wie gefährdet sind Kinder und Jugendliche im Netz?

Cybermobbing ist ein verbreitetes Phänomen und somit Realität im Alltag von deutschen Schülern. In einer von der Techniker Krankenkasse (TK) in Auftrag gegebenen repräsentativen Umfrage für die gesamte Bundesrepublik Deutschland (im Folgenden: TK-Studie) wurden beispielsweise 1.000 repräsentative Schüler im Alter zwischen 14 und 20 Jahren per Telefon zu ihren Erfahrungen mit Cybermobbing befragt. Es zeigte sich, dass 32 Prozent der Befragten schon einmal Opfer von Cybermobbing waren. Wie Abbildung 7 zeigt, kamen dabei Schikane und Verunglimpfung am häufigsten vor.

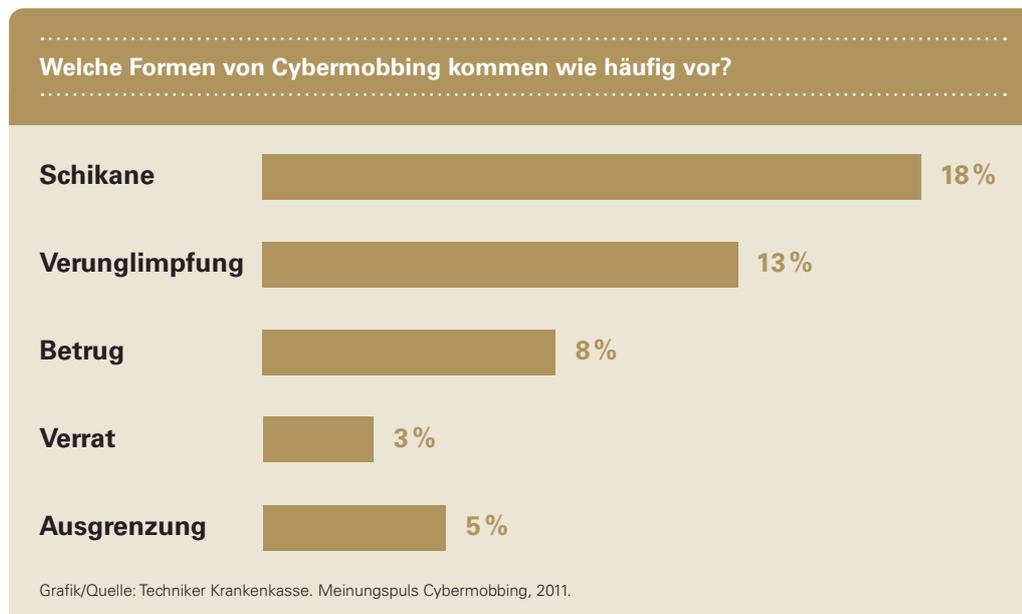
Diese Daten decken sich mit einer Zusammenfassung bisheriger internationaler Forschung zum Thema, die zu dem Schluss kommt, dass durchschnittlich 20 bis 40 Prozent der Befragten Opfer von Cybermobbing sind.

Drei Viertel aller Schüler kennen Cybermobbing-Opfer | Andere deutsche (nicht repräsentative) Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Je nach Studie, Fragestellung und Alter der Befragten waren zwischen vier und 36 Prozent der Kinder und Jugendlichen schon mindestens einmal Opfer von Cybermobbing.

Darüber hinaus gaben in der TK-Studie 21 Prozent der Schüler an, dass sie sich vorstellen könnten, zu Cybermobbing-Tätern zu werden, und acht Prozent gaben zu, tatsächlich schon einmal Cybermobbing betrieben zu haben. Andere deutsche (nicht repräsentative) Studien – bei denen anonyme Fragebögen eingesetzt und nicht direkt per Telefon Fragen gestellt wurden – kommen hier zu höheren Zahlen: Je nach Studie, Fragestellung und Alter der Befragten waren zwischen 15 und 55 Prozent der Kinder und Jugendlichen schon mindestens einmal Cybermobbing-Täter.

Auch das Problembewusstsein bezüglich Cybermobbing ist inzwischen ausgeprägt. In der TK-Studie gaben 75 Prozent der Schüler an, dass sie den Begriff „Cybermobbing“ schon einmal gehört haben, 71 Prozent der Befragten kennen im Kreise ihrer Mitschüler Opfer von Cybermobbing, 55 Prozent haben das Thema Cybermobbing schon an ihren Schulen angesprochen und 35 Prozent mit ihren Eltern.

Abbildung 12 | Welche Formen von Cybermobbing kommen wie häufig vor?



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 gaben an, dass Cybermobbing in den letzten zwei Jahren an ihrer Schule zugenommen hat.

Aufgrund dieser Ergebnisse kann man festhalten, dass Cybermobbing ein verbreitetes Problem ist. Es schließen sich weitere Fragen an, beispielsweise zu möglichen Risikofaktoren und Folgen von Cybermobbing. Bei diesen Fragen steht die wissenschaftliche Forschung noch am Anfang, und alle folgenden Ergebnisse sind daher nicht abschließend.

Wer kann Opfer werden? | Generell ist festzuhalten, dass jeder, besonders als Nutzer neuer Kommunikationstechnologien, Opfer von Cybermobbing werden kann. Dennoch zeigen sich einige Risikofaktoren, andere vermutete Risikofaktoren konnten bisher nicht bestätigt werden.

Das Geschlecht zeigt sich, anders als beim Mobbing, bisher nicht als eindeutiger Risikofaktor: Jungen und Mädchen werden laut den meisten Studien in ähnlichem Ausmaß Opfer von Cybermobbing. Ähnliches gilt für die Schulform, auch hier lässt sich bisher kein eindeutiger Zusammenhang finden: In der repräsentativen TK-Studie waren Schüler aller Schulformen ähnlich häufig von Cybermobbing betroffen, in einer anderen großen deutschen Studie fand man dagegen deutlich mehr Cybermobbing unter Hauptschülern.

Grundsätzlich können Kinder und Jugendliche aller Klassen- und Altersstufen von Cybermobbing betroffen sein. Der Vergleich aller bisher international publizierten Studien legt aber nahe, dass Cybermobbing bis circa zur siebten oder achten Klasse deutlich zu- und anschließend langsam wieder abnimmt. Der Zusammenhang zwischen Mobbing und Cybermobbing kann ebenfalls als Risikofaktor interpretiert werden: Opfer von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Opfer von Cybermobbing. Auch gibt es einen Zusammenhang allein für das Cybermobbing. Opfer berichten häufig, selbst Täter zu sein. Weitere Risikofaktoren beziehen sich auf das eigene Verhalten im Internet: Bei Jugendlichen, die viel Zeit im Internet verbringen, die häufig Kommunikationstechnologien wie Instant Messenger oder Chat nutzen, die ein aktives Profil in einem sozialen Netzwerk betreiben und generelles Risikoverhalten im Internet zeigen (zum Beispiel Preisgabe persönlicher Daten im Internet oder Besuch von extremen Chaträumen mit sexualisierten Inhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Opfer von Cybermobbing zu werden.

Folgen von Cybermobbing

Cybermobbing hat meistens Folgen für die Opfer, aber auch häufig für die Täter. Die Folgen können einerseits abhängig sein von Ausmaß, Häufigkeit und Dauer des Cybermobbings. Andererseits sind sie abhängig von den Betroffenen selbst. Beispielsweise berichten viele Kinder und Jugendliche von extremer emotionaler Belastung durch Cybermobbing, andere geben an, dass ihnen Cybermobbing nichts ausmacht.

Folgen für die Opfer | Betroffene können sich Cybermobbing kaum entziehen, da es ständig verfügbar und öffentlich verbreitet ist. 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. Nicht jede gemeine E-Mail zieht automatisch schwerwiegende Konsequenzen nach sich.

Werden Cyber-Opfer direkt nach den Folgen von Cybermobbing für sie persönlich gefragt, so berichtet in internationalen Studien circa ein Fünftel der Cyber-Opfer von ernsthafter emotionaler Belastung, ein Drittel von keiner empfundenen Belastung und der Rest von leichter emotionaler Belastung.

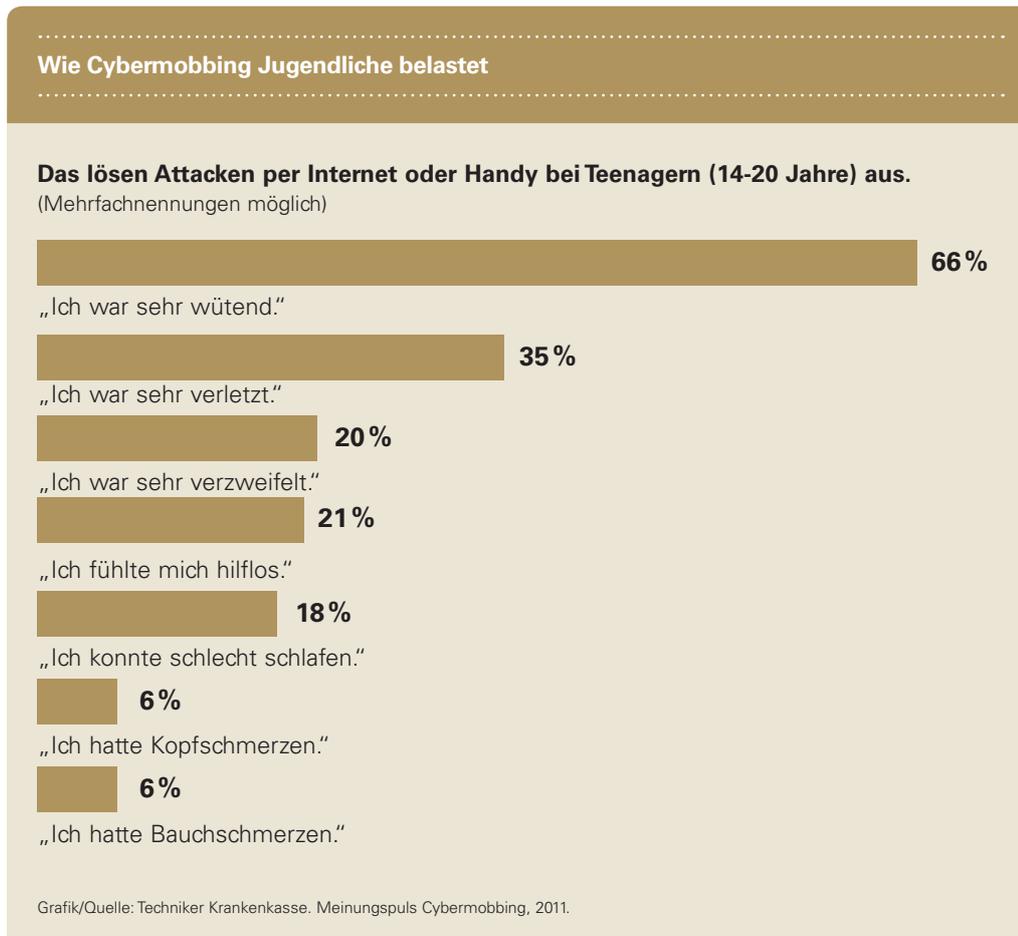


Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch bei der TK-Studie (2011): Wie in Abbildung 8 zu sehen, waren beispielsweise 66 Prozent der Betroffenen wütend, 35 Prozent fühlten sich verletzt und 18 Prozent berichteten von Schlaflosigkeit, einer ernst zu nehmenden psychosomatischen Folge.

Vergleicht man Cyber-Opfer mit Kindern und Jugendlichen, die keine Cyber-Opfer sind, zeigen sich außerdem Zusammenhänge mit weiteren psychosozialen Folgen: Opfer von Cybermobbing zeigen mehr depressive Symptome, mehr soziale Ängste, mehr suizidale Gedanken sowie generell mehr affektive Störungen, und sie konsumieren häufiger Drogen.

Cybermobbing kann darüber hinaus auch Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen haben: Opfer von Cybermobbing zeigen häufiger delinquentes Verhalten, haben teilweise mehr Fehlzeiten in der Schule und meiden teilweise ihre Freunde. Als Elternteil oder Lehrer kann man häufig Verhaltensänderungen in der Nutzung von Kommunikationstechnologien beobachten: Cyber-Opfer fangen teilweise an, Kommunikationstechnologien zu meiden, sind bei oder nach der Nutzung häufig ungewöhnlich angespannt oder ängstlich und reden ungern über ihre Erfahrungen.

Abbildung 13 | Wie Cybermobbing Jugendliche belastet



Wer kann Täter werden? | Für jeden Nutzer neuer Kommunikationstechnologien ist es relativ einfach, Cybermobbing-Täter zu werden, auch hier lassen sich bisher nur erste Risikofaktoren identifizieren. Auch wenn der Zusammenhang von Cyber-Täterschaft und Geschlecht noch nicht abschließend geklärt ist, gibt es doch Forschungsergebnisse, die nahelegen, dass Jungen häufiger Cyber-Täter werden als Mädchen. Für Klassen- oder Altersstufen und für Schulformen gibt es bisher keine eindeutig gesicherten Erkenntnisse. Ähnlich wie bei den Cyber-Opfern kann der Zusammenhang zwischen Mobbing und Cybermobbing ebenfalls als Risikofaktor interpretiert werden: Mobbing-Täter in der Schule werden häufiger auch Täter von Cybermobbing. Auch gibt es einen Zusammenhang allein für das Cybermobbing. Täter berichten 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 (zum Beispiel Besuch von extremen Chaträumen

mit sexualisierten Inhalten oder manipulatives Chatverhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Cybermobbing-Täter zu werden.

Auch wenn Cyber-Täter kurzfristig Spaß am Cybermobbing haben können, so zeigen sich auch bei ihnen langfristig eher negative psychosoziale Konsequenzen: Beispielsweise weisen Cybermobbing-Täter, 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.

Strafrechtliche Verfolgung der Täter |

Neben persönlichen Folgen reagiert primär das Umfeld der Täter auf Cybermobbing. Einerseits kann es im familiären oder schulischen Umfeld pädagogische oder strafende Maßnahmen gegen die Täter geben, andererseits ist das Internet kein rechtsfreier Raum.

Die Polizei muss aktiv werden, sobald sie von einer strafrechtlich relevanten Cybermobbing-Attacke erfährt. Es kommt damit aber nicht zwingend zu einem Gerichtsverfahren, da Polizei und Staatsanwaltschaft hier in der Regel eine frühzeitige Klärung anstreben.

Jeder Zeuge von Cybermobbing, und nicht nur das Opfer, kann eine Strafanzeige stellen, die dann durch Ermittlungen verfolgt werden muss (**§ 158 StPO**). Den Großteil der Tatbestände von Cybermobbing, auch wenn es keinen eigenen Straftatbestand „Cybermobbing“ gibt, regeln Paragraphen des Strafgesetzbuches (StGB), des Kunsturhebergesetzes (KUG) und des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).*

Grundsätzlich ist die freie Meinungsäußerung geschützt, auch wenn sie öffentlich (zum Beispiel auf einer Homepage im Internet oder per SMS/E-Mail an eine größere Personengruppe) erfolgt. Falsche Tatsachenbehauptungen, wie beispielsweise das Verbreiten von unwahren Gerüchten, können aber unterbunden werden.

Diese sogenannte üble Nachrede bezeichnet eine erweislich unwahre Tatsachenbehauptung (**§ 186 StGB**), die Verleumdung, auch Lüge genannt, ist durch **§ 187 StGB** sanktioniert.

Die Beleidigung ist nach **§ 185 StGB** unter Strafe gestellt. Beleidigungen sind rechtlich dann als solche anzuerkennen, wenn die geäußerte Kritik unsachlich ist und das übliche Maß überschreitet (zum Beispiel Fäkalbegriffe, Diskriminierungen, Sexismus). Hat die „anklagende“ Person zuvor selbst beleidigt, dann muss sie unter Umständen eine Gegenreaktion hinnehmen („Duldungspflicht“).

Jemanden durch starken Druck und Androhung schlimmer Konsequenzen gegen dessen Willen zu etwas zwingen heißt Nötigung und ist durch **§ 240 StGB** geregelt.

Die Bedrohung ist die ernst zu nehmende Ankündigung von schwerer Gewalt (zum Beispiel auf dem Schul- oder Heimweg) und wird durch **§ 241 StGB** untersagt.

Bei Bildaufnahmen, dazu zählen auch Videos, ist in erster Linie **§ 22 KUG** relevant. Demnach dürfen nur Bildnisse mit Einwilligung des Abgebildeten, bei Minderjährigen der Eltern, verbreitet beziehungsweise veröffentlicht werden. Bevor man ein Foto einer Person, auch eines Freundes, ins Internet stellt, muss diese vorab um Erlaubnis gefragt werden.

Besonders geschützt ist eine Person im höchstpersönlichen Lebensbereich, also wenn sie „sich in einer Wohnung oder einem gegen Einblick besonders geschützten Raum befindet“, dazu zählt zum Beispiel die Schultoilette. Bildnisse dieser Situationen dürfen erst gar nicht ohne Einwilligung aufgenommen, geschweige denn veröffentlicht werden (**§ 201 a StGB**).

Parallel zu strafrechtlichen Interventionen kann das 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 materiellen Schadensersatz klagen. Bei öffentlichen Beleidigungen et cetera und schweren Eingriffen in die Intimsphäre ist eine geldliche Entschädigung für das Aushalten einer Peinlichkeit möglich.

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

Was kann man gegen Cybermobbing tun?

Opfer brauchen Unterstützung. Diese kann beispielsweise geleistet werden durch ihr familiäres (Eltern, Geschwister) oder schulisches Umfeld (Lehrer, Mitschüler, Freunde), aber auch von allen weiteren Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben (Ärzte, Sozialarbeiter, Ehrenamtler, Betreuer et cetera).

Damit diese Hilfe in Anspruch genommen wird, 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 Internetbeziehungsweise Handyverbot ihre negativen Erfahrungen vor Erwachsenen verschweigen.

Einerseits werden das Wahrnehmen von Cybermobbing und somit auch die Unterstützung der Opfer unmöglich. Andererseits kann Medienkompetenz nur dadurch erworben werden, dass Kinder und Jugendliche frühzeitig mit Handy und Internet umgehen lernen. Dabei kommt es vor allem darauf an, wie diese Medien genutzt werden! Wichtig für die Kinder und Jugendlichen ist es also, 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? | Vorsorge (proaktive Präventionsarbeit) ist in diesem Fall besser als Nachsorge. Wenn es erst einmal zu Cybermobbing gekommen ist, gibt es keine einfache oder ideale Lösung mehr! Bei der Prävention von Cybermobbing sind Eltern und Schulen gleichermaßen gefragt.

Sobald Kinder und Jugendliche anfangen, das Internet zu nutzen, sollten Eltern sich ebenfalls mit dem Internet beschäftigen, um

GUT ZU WISSEN!



Gesetze online |

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

Gefahrenpotenziale realistisch einschätzen zu können, ihre Kinder bei der Internetnutzung zu begleiten und ihnen einen verantwortlichen Umgang mit anderen im Netz beizubringen. Dazu gehören beispielsweise die Einführung von Verhaltensregeln zur Mediennutzung (Netiquette), aber auch Absprachen darüber, welche Seiten genutzt werden können und welche persönlichen Informationen preisgegeben werden dürfen. Dazu finden Eltern beispielsweise gute Informationen auf den Internetseiten von Klicksafe (www.klicksafe.de). 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.

In ähnlicher Weise sollten Schulen mit der Schülerschaft zusammen klare Verhaltensregeln zur Mediennutzung entwickeln und diese per Selbstverpflichtung einführen. Auch Lehrer finden gute Informationen und Unterrichtsmaterialien auf den Internetseiten von Klicksafe.

Darüber hinaus können Vertrauenspersonen als Ansprechpartner für alle Internetprobleme benannt werden, am besten Erwachsene, beispielsweise eigens geschulte Vertrauenslehrer oder Schulsozialpädagogen. Aber auch Gleichaltrige können bei entsprechender Schulung solche Positionen gut wahrnehmen, da sie bei ähnlicher Mediennutzung und auf Augenhöhe mit den Betroffenen die Probleme nachvollziehen können.

Die beste Präventionsmöglichkeit bietet die frühzeitige und wiederholte Durchführung von Unterrichtseinheiten und Präventionstrainings zum Thema Cybermobbing. Bisher gibt es verschiedenste Überlegungen dazu, wie solche Präventionsmaßnahmen aussehen sollten.

Ein gutes Beispiel ist das Präventionsprogramm gegen Cybermobbing „Surf-Fair“. Es zeichnet sich besonders durch ein konsistentes didaktisches Konzept aus, richtet sich ausschließlich gegen Cybermobbing und stellt vor allem die Stärkung von Medienkompetenz in den Vordergrund.

Die Wirksamkeit von Surf-Fair wurde durch wissenschaftliche Evaluationsstudien systematisch überprüft, und das Programm wird anhand der Ergebnisse kontinuierlich verbessert.

Sollte es doch zu einem konkreten Vorfall von Cybermobbing kommen, ist zu bedenken,

dass grundsätzlich jedes Cybermobbing anders ist. Es gibt keine einfache oder ideale Lösung! Daher sollten die nachfolgend vorgeschlagenen Maßnahmen der jeweiligen Situation angepasst und ihre Wirkungen auf die Schulklasse und auf die Situation des Opfers einbezogen werden.

Das Vorgehen sollte 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 oder um Situationen, bei denen die Beseitigung von Spuren des Cybermobbings (beispielsweise Fotos) Probleme bereitet.



Beruhigen – sichern – melden – Hilfe holen | Ein gutes Vorgehen ist folgende Vier-Stufen-Strategie:

Als Erstes gilt: sich und die Cybermobbing-Situation zu beruhigen. Innehalten 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 dokumentieren und somit Beweise sichern. E-Mails oder SMS nicht löschen, Screenshots von Beiträgen/Bildern auf den Internetseiten machen (Tastenkombination: Strg + Druck, dann mit Strg + V in ein Worddokument einfügen, zusätzlich die Internetadresse kopieren, Datum und Uhrzeit einfügen), bei Videos einen Mitschnitt machen (es gibt spezielle Programme oder Erweiterungen für die Browser, zum Beispiel www.flashvideodownloader.org).

GUT ZU WISSEN!

i

Vier-Stufen-Strategie |

1. Sich beruhigen
2. Dokumentieren
3. Den Täter blockieren/ignorieren
4. Hilfe bei Vertrauenspersonen holen

Als Drittes gilt: Dem Betreiber des Internetangebotes die Inhalte sowie den Täter (Profil, Nickname) melden und deren Löschung fordern. Die meisten Seiten haben zum Beispiel 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 er 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.

Im Schulkontext beispielsweise können Vorsitzende der Schulelternbeiräte, Schulsprecher, Klassen- oder Vertrauenslehrer, Schulsozialpädagogen oder Schulleiter angesprochen werden. Auch wenn Cybermobbing außerhalb der Schule stattfindet, sollte es dort thematisiert werden, denn oft sind Opfer und Täter in derselben Klasse oder auf derselben Schule.

Darüber hinaus gibt es in jeder größeren Stadt 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 03 33) wenden oder sich von Gleichaltrigen im Internet beraten lassen (www.juuuport.de).

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Kinderschutz: Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. Reinbek, 1985.
- Backe, L./Leick, N./Merrick, J./Michelsen, N.: Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1986.
- Bange, D./Körner, W. (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen, 2002.
- Bast, U.: Gewalt gegen Kinder, Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. Reinbek, 1978.
- Baurmann, M.: Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer. Wiesbaden, 1985.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Beobachtungen in Hamburgs Kinderarztpraxen. Hamburg, 1995.
- Behörde für Inneres, Landeskriminalamt LKA 130, 1996, nicht veröffentlicht.
- Braun, I./Djordjevic, V./Kreutzer, T./Otto, P./Spielkamp, M./Weitzmann, J. H.: Spielregeln im Internet. Durchblicken im Rechte-Dschungel. Ludwigshafen/Düsseldorf, 2010.
- Brockhaus, U./Kolshorn, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Frankfurt am Main, 1993.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Drucksache 15/1861, Hamburg, 1994.
- Couvillon, M./Illieva, V.: Recommended Practices: A Review of Schoolwide Preventative Programs and Strategies on Cyberbullying. In: Preventing School Failure: Alternative Education for Children & Youth (55), Heft 2, S. 96–101, 2011.
- Dalton, H. J./Slovic, T./Helfer, R. E./Comstok, J./Scheurer, S./Riolo, S.: Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. Am J Dis Child 144, S. 875–878, 1990.
- Deegener, G./Körner, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, 2005.
- Deutscher Bundestag, Drucksache 10/4560, o. O., 1986.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. a. (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln, 2007.
- Deutscher Kinderschutzbund (Hrsg.): Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Materialien zum Kinderschutz, Band 4. Hannover, 1992.
- Diamanduros, T./Downs, E./Jenkins, S.: The role of school psychologists in the assessment, prevention and intervention of cyberbullying. In: Psychology in the Schools (45), Heft 8, S. 693–704, 2008.
- Dooley, J. J./Pyzalski, J./Cross, D.: Cyberbullying Versus Face-to-Face Bullying. A Theoretical and Conceptual Review. In: Journal of Psychology (217), Heft 4, S. 182–188, 2009.
- Eggers, C.: Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt (25), S. 748–755, 1994.
- Egle, U. T./Hoffmann, S. O./Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. Auflage, Stuttgart, 2004.
- Enders, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Jungen und Mädchen. Köln, 1990.
- Engfer, A.: Entwicklung von Gewalt in den sogenannten Normalfamilien. In: Martinius, J./Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Bern, 1990.

Esser, G./Weinel, W.: Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: Martinius, J./Frank, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen. Bern, 1990.

Falardeau, W.: Das Schweigen der Kinder. Quell Verlag, Stuttgart, 1998.

Fawzi, N.: Cyber-Mobbing: Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet. Baden-Baden, 2009.

Fegert, J. M.: Begutachtung sexuell missbrauchter Kinder. Fachliche Standards in juristischen Verfahren. Luchterhand, Neuwied, 2001.

Fegert, J. M.: Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag, 2004.

Finkelhor, D.: A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, Kalifornien, 1986.

Forster, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Stuttgart/New York, 1986.

Frank, R.: Misshandlung, Ablehnung und Vernachlässigung. In: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Thieme-Verlag, 2002.

Frank, R./Frick, U./Kopecky-Wenzel, M.: Spielen Väter anders mit Kindern als Mütter? Einsichten 1997/I, Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität. München, 1997.

Gradinger, P./Strohmeier, D./Spiel, C.: Traditional Bullying and Cyberbullying. In: Journal of Psychology (217), Heft 4, S. 205–213, 2009.

Grimm, P./Clausen-Muradian, E.: Cyber-Mobbing – psychische Gewalt via Internet: „Ja, Beleidigungen, Drohungen. So was halt.“ (Alba). In KJuG (54), Heft 2, S. 33–37, 2009.

Gutjahr, K./Schrader, A.: Sexueller Mädchenmissbrauch. Köln, 1990.

Häußler, G.: Missbrauch und Misshandlung. In: Hopf, H./Windaus, E. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-therapeuten und für die ärztliche Weiterbildung, Band 5, Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, S. 461–481. CIP-Medien, München, 2007.

Herrmann, B./Dettmeyer, R./Banaschak, S./Thyen, U.: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag, Berlin, 2008.

Höyneck, T./Görgen, T.: Tötungsdelikte an Kindern. In: Informationszentrum Sozialwissenschaften (Ed.): Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2006/2, S. 9–42, Bonn, 2006.

Hutz, P.: Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 18. Herausgegeben von der Bundesärztekammer. Köln, 1994/95.

Jäger, R. S./Fischer, U./Riebel, J.: Mobbing bei Schülerinnen und Schülern der Bundesrepublik Deutschland. Die Sicht von Lehrkräften – eine Erkundungsstudie. Landau, 2007.

Jungjohann, E. E. (Hrsg.): Thiemann-Praxis-Leitfaden: Hilfen für misshandelte Kinder. Ratingen, 1993.

Katzer, C./Fechtenhauer, D./Belschak, F.: Cyberbullying: Who are the victims? A comparison of victimization in internet chatrooms and victimization in school. In: Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications (21), Heft 1, S. 25–36, 2009.

Katzer, C./Fechtenhauer, D./Belschak, F.: Cyberbullying in Internet-Chatrooms – wer sind die Täter? In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie (41), Heft 1, S. 33–34, 2009.

Kinder, H.: Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In: Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. Deutsches Jugendinstitut. München, 2006.

- Klotzbach, H./Püschel, K./Lentz, E. Forensische Pädopathologie – Tötung von Kindern und Jugendlichen – kriminologische Aspekte. *päd* 9 (3), S. 201–204, 2003.
- Kopecky-Wenzel, M./Frank, R.: Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Allhoff, P. G. (Hrsg.): *Präventivmedizin. Praxis-Methoden-Arbeitshilfen*. Springer-Verlag, 1995.
- Lockemann, U./Püschel, K.: Forensische Gynäkopathologie – Fehlen von Hymenverletzungen nach sexuellem Kindesmissbrauch. In: *Gyn* (4), Heft 2, S. 129–130, 1999.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: *JIM 2010 – Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland*. Stuttgart, 2010.
- Olbing, H./Bachmann, K. D./Gross, R.: *Kindesmisshandlung*. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 1989.
- Ortega, R./Elipe, P./Mora-Merchán, J. A./Calmaestra, J./Vega, E.: The Emotional Impact on Victims of Traditional Bullying and Cyberbullying. A Study of Spanish Adolescents. In: *Journal of Psychology* (217), Heft 4, S. 197–204, 2009.
- Parzeller, M./Wenk, M./Rothschild, M. A.: Die ärztliche Schweigepflicht. In: *Deutsches Ärzteblatt* (102), Heft 5, S. 289–296, 2005.
- Pieschl, S./Porsch, T.: *Schluss mit Cybermobbing! Das Trainings- und Präventionsprogramm „Surf-Fair“*. Weinheim/Basel, 2012.
- Püschel, K.: Das Problem der Kindesmisshandlung aus ärztlicher Sicht – Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten (Diskussion). In: Bundesärztekammer (Hrsg.): *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin*, Band 18. Deutscher Ärzte-Verlag, 1994.
- Raskauskas, J./Stoltz, A. D.: Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. In: *Developmental Psychology* (43), Heft 3, S. 564–575, 2007.
- Remschmidt, H.: Elterliche Kindesmisshandlung. *Münchner Medizinische Wochenschrift*, 128. Jahrgang, 1986.
- Riebel, J./Jäger, R. S.: Cyberbullying als neues Gewaltphänomen. Definitionen, Erscheinungsformen, Täterereigenschaften und Implikationen für die Praxis. In: *KJuG* (54), Heft 2, S. 38–41, 2009.
- Riebel, J./Jäger, R. S./Fischer, U. C.: Cyberbullying in Germany – An exploration of pre-valence, overlapping with real life bullying and coping strategies. In: *Psychology Science* (51), Heft 3, S. 298–314, 2009.
- Rutschky, K./Wolff, R.: *Handbuch Sexueller Missbrauch*. Reinbek bei Hamburg, 1999.
- Salmivalli, C.: Participant role approach to school bullying: Implications for intervention. In: *Journal of Adolescence* (22), Heft 4, S. 453–459, 1999.
- Schone, R./Gintzel, U./Jordan, E.: *Kinder in Not*. Juventa, Weinheim, 2003.
- Schröer, J./Sperhake, J./Püschel, K.: Forensische Pädopathologie – Tötungsdelikte an Kindern mit sexuellem Hintergrund. *päd* 10 (1), S. 38–42, 2004.
- Schultze-Krumbholz, A./Scheithauer, H.: Social-Behavioral Correlates of Cyberbullying in a German Student Sample. In: *Journal of Psychology* (217), Heft 4, S. 224–226, 2009.
- Slonje, R./Smith, P. K.: Cyberbullying: Another main type of bullying? In: *Scand J Psychol* (49), Heft 2, S. 147–154, 2008.
- Smith, P. K./Mahdavi, J./Carvalho, M./Fisher, S./Russel, S./Tippett, N.: Cyber-bullying, its forms and impact in secondary school pupils. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (49), Heft 4, S. 376–385, 2008.
- Stade-Müller, F./Bliesener, T./Nowak, N.: Cyberbullying und Opfererfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Web 2.0. In: *KJuG* (54), Heft 2, S. 42–47, 2009.

Suer, P.: Sexuelle Gewalt gegen Kinder. Rasch und Röhrling Verlag, Hamburg, 1998.

Techniker Krankenkasse: TK-Meinungspuls Gesundheit 2011 – Kurzerhebung: „Cyberbullying“. Berlin, 2011.

Tokunaga, R. S.: Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. In: Computers in Human Behavior (26), Heft 3, S 277 - 287, 2010.

Trube-Becker, E.: Gewalt gegen das Kind. Heidelberg, 1982.

Walter, J. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch im Kindesalter. Heidelberg, 1992.

Wetzels, P.: Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Hannover, 1997.

Willard, N. E.: Cyberbullying and cyberthreats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress. Research Press, Champaign, Ill, 2007.

Wong-Lo, M./Bullock, L.: Digital Aggression: Cyberworld Meets School Bullies. In: Preventing Sch. Failure: Alternative Educ. for Children & Youth (55), Heft 2, S 64 - 70, 2011.

Ybarra, M./Mitchell, K.: Online aggressor/targets, aggressors, and target: A comparison of associated youth characteristics. In: The Journal of Child Psychology and Psychiatry (45), Heft 7, S 1308 - 1316, 2004.

Zenz, W. M./Bäcker, K./Blum-Maurice, R. (Hrsg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Papy Rossa, 2. Auflage, Köln, 2006.

Ziegenhain, U./Fegert, J.: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, 2007.

Zimmer, G.: Prüfungsvorbereitung Rechtsmedizin. Thieme-Verlag, Stuttgart/New York, 2006.

Verzeichnis von Hilfseinrichtungen und Behörden

Jugendämter

Wen sollten Sie als Ärztin oder Arzt ansprechen? Ihre Ansprechpartner für Rückfragen sind die Leiter und Leiterinnen der Jugendämter und der Sozialen Dienste.

Die aktuellen Adressen der Jugendämter in Rheinland-Pfalz finden Sie unter:

www.lsjv.rlp.de/kinder-jugend-und-familie/landesjugendamt

Kreisverwaltung Ahrweiler Jugendamt

Wilhelmstraße 24–30
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 026 41 - 975-0
Fax 026 41 - 975-531
www.kreis.aw-online.de

Kreisverwaltung Altenkirchen Jugendamt

Parkstraße 1
57610 Altenkirchen
Tel. 026 81 - 81-0
Fax 026 81 - 81-25 00
www.kreis-altenkirchen.de

Kreisverwaltung Alzey-Worms Jugendamt

An der Hexenbleiche 34
55232 Alzey
Tel. 067 31 - 408-0
Fax 067 31 - 408-54 50 oder -52 60
www.kreis-alzey-worms.de

Stadtverwaltung Andernach Jugendamt

Läufstraße 11
56626 Andernach
Tel. 026 32 - 922-0
Fax 026 32 - 922-242
www.andernach.de

Kreisverwaltung Bad Dürkheim Jugendamt

Philipp-Fauth-Straße 11
67098 Bad Dürkheim
Tel. 063 22 - 961-0
Fax 063 22 - 961-40 03
www.kreis-bad-duerkheim.de

Kreisverwaltung Bad Kreuznach Jugendamt

Salinenstraße 47
55543 Bad Kreuznach
Tel. 06 71 - 803-0
Fax 06 71 - 803-15 48
www.kreis-badkreuznach.de

Stadtverwaltung Bad Kreuznach Jugendamt

Hochstraße 45
55545 Bad Kreuznach
Tel. 06 71 - 800-0
Fax 06 71 - 800-392
www.bad-kreuznach.de

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich Jugendamt

Kurfürstenstraße 16
54516 Wittlich
Tel. 065 71 - 14-0
Fax 065 71 - 94 02 87
www.bernkastel-wittlich.de

Kreisverwaltung Birkenfeld Jugendamt

Schneewiesenstraße 25
55765 Birkenfeld
Tel. 067 82 - 15-0
Fax 067 82 - 15-290
www.landkreis-birkenfeld.de

Kreisverwaltung Cochem-Zell Jugendamt

Endertplatz 2
56812 Cochem
Tel. 026 71 - 61-0
Fax 026 71 - 61-368
www.cochem-zell.de

Kreisverwaltung Donnersbergkreis Jugendamt

Umlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden
Tel. 063 52 - 710-0
Fax 063 52 - 710-232
www.donnensberg.de

Kreisverwaltung des Eifelkreises Bitburg-Prüm, Jugendamt

Trierer Straße 1
54634 Bitburg
Tel. 065 61 - 15-0
Fax 065 61 - 15-10 00
www.bitburg-pruem.de

Stadtverwaltung Frankenthal Jugendamt

Rathausplatz 2
67227 Frankenthal
Tel. 062 33 - 89-1
Fax 062 33 - 89-509
www.frankenthal.de

**Kreisverwaltung Germersheim
Jugendamt**

Bismarckstraße 4
76726 Germersheim
Tel. 072 74 - 53-0
Fax 072 74 - 53-272
www.kreis-germersheim.de

**Stadtverwaltung Idar-Oberstein
Jugendamt**

Georg-Maus-Straße 2
55743 Idar-Oberstein
Tel. 067 81 - 64-0
Fax 067 81 - 64-444
www.idar-oberstein.de

**Kreisverwaltung Kaiserslautern
Jugendamt**

Lauterstraße 8
67657 Kaiserslautern
Tel. 06 31 - 71 05-0
Fax 06 31 - 71 05-406
www.kaiserslautern-kreis.de

**Stadtverwaltung Kaiserslautern
Jugendamt**

Willy-Brandt-Platz 1
67657 Kaiserslautern
Tel. 06 31 - 365-0
Fax: 06 31 - 365-1519
www.kaiserslautern.de

**Stadtverwaltung Koblenz
Jugendamt**

Gymnasialstraße 1
56068 Koblenz
Tel. 02 61 - 129-0
Fax 02 61 - 129-23 00
www.koblenz.de

**Kreisverwaltung Kusel
Jugendamt**

Trierer Straße 49
66869 Kusel
Tel. 063 81 - 424-0
Fax 063 81 - 424-194
www.landkreis-kusel.de

**Stadtverwaltung Landau
Jugendamt**

Friedrich-Ebert-Straße 3
76829 Landau
Tel. 063 41 - 13-0
Fax 063 41 - 13-51 09
www.landau.de

**Stadtverwaltung Ludwigshafen
Jugendamt**

Westendstraße 17
67059 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 504-0
Fax 06 21 - 504-28 48
www.ludwigshafen.de

**Stadtverwaltung Mainz
Jugendamt**

Postfach 36 20
55028 Mainz
Tel. 061 31 - 12-0
Fax 061 31 - 12-35 68
www.mainz.de

**Kreisverwaltung Mainz-Bingen
Jugendamt**

Georg-Rückert-Straße 11
55218 Ingelheim
Tel. 061 32 - 787-0
Fax 061 32 - 787-31 98
www.mainz-bingen.de

**Stadtverwaltung Mayen
Jugendamt**

Rathaus
56727 Mayen
Tel. 026 51 - 88-0
Fax 026 51 - 88-560 00
www.mayen.de

**Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
Jugendamt**

Bahnhofstraße 9
56068 Koblenz
Tel. 02 61 - 108-0
Fax 02 61 - 108-499
www.kvmyk.de

**Stadtverwaltung Neustadt
Jugendamt**

Konrad-Adenauer-Straße 43
67433 Neustadt an der Weinstraße
Tel. 063 21 - 855-0
Fax 063 21 - 855-660
www.neustadt.eu

**Kreisverwaltung Neuwied
Jugendamt**

Wilhelm-Leuschner-Straße 9
56562 Neuwied
Tel. 026 31 - 803-0
Fax 026 31 - 803-665
www.kreis-neuwied.de

**Stadtverwaltung Neuwied
Jugendamt**

Heddesdorfer Straße 33-35
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 802-0
Fax 026 31 - 802-450
www.neuwied.de

**Stadtverwaltung Pirmasens
Jugendamt**

Maler-Bürkel-Straße 33
66954 Pirmasens
Tel. 063 31 - 877-0
Fax 063 31 - 877-222
www.pirmasens.de

Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis Jugendamt

Ludwigstraße 3–5
55469 Simmern
Tel. 067 61 - 82-0
Fax 067 61 - 82-555
www.rheinhunsrueck.de

Kreisverwaltung Rhein-Lahn-Kreis Jugendamt

Insel Silberau
56129 Bad Ems
Tel. 026 03 - 972-0
Fax 026 03 - 972-199
www.rhein-lahn-info.de

Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis Jugendamt

Europaplatz 5
67063 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 59 09-0
Fax 06 21 - 59 09-160
www.rhein-pfalz-kreis.de

Stadtverwaltung Speyer Jugendamt

Johannesstraße 22a
67346 Speyer
Tel. 062 32 - 14-0
Fax 062 32 - 14-22 60
www.speyer.de

Kreisverwaltung Südliche Weinstraße Jugendamt

An der Kreuzmühle 2
76825 Landau
Tel. 063 41 - 940-0
Fax 063 41 - 940-514
www.suedliche-weinstrasse.de

Kreisverwaltung Südwestpfalz Jugendamt

Unterer Sommerwaldweg 40
66953 Pirmasens
Tel. 063 31 - 809-0
Fax 063 31 - 809-276
www.suedwestpfalz.de

Stadtverwaltung Trier Jugendamt

Rathaus, Am Augustinerhof
54290 Trier
Tel. 06 51 - 718-0
Fax 06 51 - 718-15 18
www.trier.de

Kreisverwaltung Trier-Saarburg Jugendamt

Willy-Brandt-Platz 1
54290 Trier
Tel. 06 51 - 715-0
Fax 06 51 - 715-200
www.trier-saarburg.de

Kreisverwaltung Vulkaneifel Jugendamt

Mainzer Straße 25
54550 Daun
Tel. 065 92 - 933-0
Fax 065 92 - 98 50 33
www.vulkaneifel.de

Kreisverwaltung Westerwaldkreis Jugendamt

Peter-Altmeier-Platz 1
56409 Montabaur
Tel. 026 02 - 124-0
Fax 026 02 - 124-490
www.westerwaldkreis.de

Stadtverwaltung Worms Jugendamt

Marktplatz 2
67547 Worms
Tel. 062 41 - 853-0
Fax 062 41 - 853-51 50
www.worms.de

Stadtverwaltung Zweibrücken Jugendamt

Schillerstraße 4
66482 Zweibrücken
Tel. 063 32 - 871-0
Fax 063 32 - 871-570
www.zweibruecken.de

Landesjugendamt

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Landesjugendamt
Rheinallee 97–101
55118 Mainz
Tel. 061 31 - 967-0
Fax 061 31 - 967-365
E-Mail landesjugendamt@lsjv.rlp.de
www.landesjugendamt.de

Kinderschutzdienste

Kinderschutzdienste sind niedrigschwellige Anlaufstellen für Mädchen und Jungen im Kindes- und Jugendalter, die von sexualisierter Gewalt oder Misshandlung bedroht oder betroffen sind. Sie vermitteln Kindern und Jugendlichen die erforderlichen Hilfen zur Abwehr weiterer Gefährdung, zum Schutz vor Wiederholung, zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse und zur Heilung der erlittenen seelischen und körperlichen Verletzungen.

Der Schwerpunkt der Arbeit der Kinderschutzdienste liegt im Opferschutz, nicht in der Straf-täterverfolgung. Im Falle der Durchführung

eines Strafverfahrens informiert und begleitet eine Fachkraft des Kinderschutzdienstes Kinder beziehungsweise Jugendliche vor, während und nach dem strafrechtlichen Verfahren.

Die aktuellen Adressen der Kinderschutzdienste finden Sie unter

www.kinderrechte.rlp.de/einzelne-kinderrechte/schutz-vor-gewalt-und-missbrauch/institutionen/kinderschutzdienste

Kinderschutzdienst Westeifel (Bitburg-Prüm)

Brodheckstraße 1
54634 Bitburg
Tel. 065 61 - 967 10
E-Mail h.schmidtmann@bitburg.caritas-westeifel.de

Kinderschutzdienst Westeifel (Daun)

Mehrener Straße 1
54550 Daun
Tel. 065 92 - 957 30
E-Mail k.knoetgen@daun.caritas-westeifel.de

Kinderschutzdienst Kreis Germersheim

17er Straße 1
76726 Germersheim
Tel. 072 74 - 949 10
E-Mail kinderschutzdienst.germersheim@caritas-speyer.de

Kinderschutzdienstverbund Neustadt/ Bad Dürkheim

Standort Bad Dürkheim
Haus der Diakonie
Kirchgasse 14
67098 Bad Dürkheim
(zuständig für den Kreis Bad Dürkheim)
Tel. 063 21 - 35 41 69
E-Mail kinderschutzdienst.gruenstadt@diakonie-pfalz.de

Kinderschutzdienstverbund Neustadt/ Bad Dürkheim

Standort Grünstadt
Poststraße 14
67269 Grünstadt
(zuständig für die Stadt Grünstadt)
Tel. 063 59 - 877 00
E-Mail kinderschutzdienst.gruenstadt@diakonie-pfalz.de

Kinderschutzdienst Kreis Westerwald Deutsches Rotes Kreuz

Steinbacher Straße 11
57627 Hachenburg
Tel. 026 62 - 969 74 60
Fax 026 62 - 969 74 69
E-Mail ksd@lv-rlp.drk.de

Kinderschutzdienst Kreis Altenkirchen

Brückenstraße 5a
57548 Kirchen
Tel. 027 41 - 93 00-46 und -47
Fax 027 41 - 93 00-48
E-Mail hilfe@kinderschutzdienst.de

Kinderschutzdienst Stadt Koblenz/ Kreis Mayen-Koblenz

Mayer-Alberti-Straße 11
56070 Koblenz
Tel. 02 61 - 388-99
Fax 02 61 - 388-16
E-Mail info@kinderschutzdienst-ko.de

Kinderschutzdienst Rhein-Lahn

Gutenbergstraße 8
56112 Lahnstein
Tel. 026 21 - 92 08-67 oder -68
Fax 026 21 - 92 08-66
E-Mail kinderschutzdienst-rl@cv-www-rl.de

Kinderschutzdienst Stadt Landau/ Kreis Südliche Weinstraße

Rolf-Müller-Straße 15
76829 Landau
Tel. 063 41 - 14 14-20
Fax 063 41 - 14 14-15
E-Mail info@blauer-elefant-landau.de

Gemeinsamer Kinderschutzdienst Stadt Speyer/Rhein-Pfalz-Kreis

Standort Limburgerhof
Jahnstraße 2a
67117 Limburgerhof
Tel. 062 36 - 46 12 52
Fax 062 36 - 10 01 80
E-Mail kinderschutzdienst.sp.rpk@caritas-speyer.de

Kinderschutzdienst Stadt Ludwigshafen

Georg-Büchner-Straße 6
67061 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 51 12 11
Fax 06 21 - 529 23 59
E-Mail kinderschutzdienst@kinderschutzbund-ludwigshafen.de

Kinderschutzdienst Stadt Neustadt

Schütt 9
67433 Neustadt
Tel. 063 21 - 35 41 69
Fax 063 21 - 75 00
E-Mail kinderschutzdienst-nw@diakonie-pfalz.de

Kinderschutzdienst Stadt/Kreis Neuwied

Markstraße 98
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 222 00
Fax 026 31 - 314 44
E-Mail kinderschutzdienst@htz-neuwied.de

**Kinderschutzbund Stadt Pirmasens/
Kreis Südwestpfalz**

Klosterstraße 9a
66953 Pirmasens
Tel. 063 31 - 27 40 41
Fax 063 31 - 27 40 19
E-Mail kinderschutzbund.pirmasens@caritas-speyer.de

**Gemeinsamer Kinderschutzbund
Stadt Speyer/Rhein-Pfalz-Kreis**

Standort Speyer
Ludwigstraße 43
67346 Speyer
Tel. 062 32 - 10 01 44
Fax 062 36 - 10 01 80
E-Mail kinderschutzbund.sp.rpk@caritas-speyer.de

**Kinderschutzbund Stadt Trier/Kreis
Trier-Saarburg**

Thebäerstraße 24
54292 Trier
Tel. 06 51 - 999 36 61 80
Fax 06 51 - 991 13 01
E-Mail info@kinderschutzbund-trier.de

Kinderschutzbund Stadt Worms

Judengasse 26
67547 Worms
Tel. 062 41 - 889 17
Fax 062 41 - 41 33 60
E-Mail kinderschutzbund@asb-worms.de

**Kinderschutzbundverbund Verbund Nord-
westpfalz**

(Kinderschutzbünde Stadt Kaiserslautern/
Donnersbergkreis und Landkreis Kaisers-
lautern/Landkreis Kusel)
SOS-Kinder- und Jugendhilfen Kaiserslautern
Kinderschutzbund im Familienhilfezentrum
Rudolf-Breitscheid-Straße 42
67655 Kaiserslautern
Tel. 06 31 - 31 64 40
Fax 06 31 - 316 44 50
E-Mail beratung.fhz.kjh-kaiserslautern@sos-kinderdorf.de

**Deutscher Kinderschutzbund Rheinland-
Pfalz**

Die aktuellen Anschriften der Orts- und Kreis-
verbände des Deutschen Kinderschutzbundes
(DKSB) in Rheinland-Pfalz sind eingestellt auf
der Seite des Landesverbandes
www.kinderschutzbund-rlp.de/orts-und-kreisverbaende/

**Deutscher Kinderschutzbund
Landesverband Rheinland-Pfalz e. V.**

Postfach 17 24
76807 Landau
Tel. 063 41 - 141 45 99
Fax 063 41 - 93 57 12
E-Mail info@kinderschutzbund-rlp.de

**Deutscher Kinderschutzbund
KV Ahrweiler e. V.**

Oberhutstraße 44
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 026 41 - 797 98
E-Mail info@kinderschutzbund-ahrweiler.de

**Deutscher Kinderschutzbund
OV Altenkirchen e. V.**

Wilhelmstraße 33
57610 Altenkirchen
Tel. 026 81 - 98 88 61
E-Mail info@kinderschutzbund-altenkirchen.de

**Deutscher Kinderschutzbund
OV/KV Bad Kreuznach e. V.**

Eiermarkt 6
55545 Bad Kreuznach
Tel. 06 71 - 360 60
E-Mail kinderschutzbund-bad-kreuznach@t-online.de

**Deutscher Kinderschutzbund
OV/KV Bernkastel-Wittlich e. V.**

Kurfürstenstraße 10
54516 Wittlich
Tel. 065 71 - 21 10
E-Mail info@kinderschutzbund-bernkastel-wittlich.de

**Deutscher Kinderschutzbund
OV Betzdorf-Kirchen e. V.**

Heller Straße 1
57518 Betzdorf
Tel. 027 41 - 67 25
E-Mail kinderschutzbund-betzdorf@t-online.de

**Deutscher Kinderschutzbund
KV Donnersbergkreis e. V.**

Altes Rathaus
Hauptstraße 86
67304 Eisenberg
Tel. 063 51 - 430 68
E-Mail info@kinderschutzbund-donnnersbergkreis.de

**Deutscher Kinderschutzbund
OV Frankenthal e. V.**

Carl-Theodor-Straße 11
67227 Frankenthal
Tel. 062 33 - 29 90 90
Fax 062 33 - 29 90 92
E-Mail dksb-frankenthal@imail.de

**Deutscher Kinderschutzbund
KV Germersheim e. V.**

Waldstraße 5
76726 Germersheim
Tel. 072 74 - 88 47
E-Mail kinderschutzbund-germersheim@web.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV Hachenburg e. V.

Gartenstraße 11
57627 Hachenburg
Tel. 026 62 - 56 78
E-Mail kinderschutzbund-hachenburg@t-online.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV/KV Höhr-Grenzhausen e. V.

Hermann-Geisen-Straße 44
56203 Höhr-Grenzhausen
Tel. 026 24 - 44 88
E-Mail info@kinderschutzbund-westerwald.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV/KV Kaiserslautern-Kusel e. V.

Moltkestraße 10 b
67655 Kaiserslautern
Tel. 06 31 - 240 44
E-Mail kinderschutzbundkl@t-online.de

Deutscher Kinderschutzbund

KV Koblenz e. V.

Mayer-Alberti-Straße 11
56070 Koblenz
Tel. 02 61 - 344 11
E-Mail info@kinderschutzbund-ko.de

Deutscher Kinderschutzbund

KV Landau-Südliche Weinstraße e. V.

Rolf-Müller-Straße 15
76829 Landau
Tel. 063 41 - 14 14 14
E-Mail info@blauer-elefant-landau.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV Ludwigshafen e. V.

Bahnhofstraße 83
67059 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 52 52 11
E-Mail info@kinderschutzbund-ludwigshafen.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV/KV Mainz e. V.

Ludwigsstraße 7
55116 Mainz
Tel. 061 31 - 61 41 91
Fax 061 31 - 67 47 84
E-Mail geschaeftsstelle@kinderschutzbund-mainz.de

Deutscher Kinderschutzbund

KV Mayen-Andernach e. V.

Alleestraße 15 a
56227 Mayen
Tel. 026 51 - 60 02
E-Mail info@kinderschutzbund-mayen-anderach.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV/KV Neustadt-Bad Dürkheim e. V.

Moltkestraße 3
67433 Neustadt
Tel. 063 21 - 800 55
E-Mail buero@kinderschutzbund-nw-duew.de

Deutscher Kinderschutzbund

KV Neuwied e. V.

Heddesdorfer Straße 78
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 285 21
E-Mail info@kinderschutzbund-neuwied.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV Pirmasens e. V.

Winzler Straße 78
66955 Pirmasens
Tel. 063 31 - 964 06
Fax 063 31 - 50 88 40
E-Mail kinderschutzbund-pirmasens@arcor.de

Deutscher Kinderschutzbund

KV Rhein-Pfalz-Kreis e. V.

Rehbachstraße 4
67105 Schifferstadt
Tel. 062 35 - 982 82
E-Mail info@dksb-rpk.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV Speyer e. V.

Roland-Berst-Straße 1
67346 Speyer
Tel. 062 32 - 722 98
E-Mail kinderschutzbund@speyer.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV/KV Trier e. V.

Thebäerstraße 24
54292 Trier
Tel. 06 51 - 999 36 62 00
E-Mail info@kinderschutzbund-trier.de

Deutscher Kinderschutzbund

OV Zweibrücken e. V.

Bleicher Straße 1
66482 Zweibrücken
Tel. 063 32 - 721 27

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Rheinland-Pfalz

Rheinhessen-Fachklinik Alzey Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel. 067 31 - 50-16 00
Fax 067 31 - 50-16 14
E-Mail a.stein@rfk.landeskrankenhaus.de
www.rheinhessen-fachklinik-alzey.de

DRK Fachklinik Bad Neuenahr Psychotherapie / Psychosomatik

Lindenstraße 3–4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 026 41 - 754-0
Fax 026 41 - 754-200
E-Mail info@drk-fk-badneuenahr.de
www.drk-fk-badneuenahr.de

Pfalzinstitut für Psychiatrie und Neurologie AdÖR Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel. 063 49 - 900-30 01
Fax 063 49 - 900-30 99
E-Mail info@pfalzinstitut.de
www.pfalzinstitut.de

Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Feldstraße 16
54290 Trier
Tel. 06 51 - 947-28 54
Fax 06 51 - 947-28 55
E-Mail kontakt@mutterhaus.de
www.mutterhaus.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in Rheinland-Pfalz

DRK Fachklinik Bad Neuenahr Psychotherapie/Psychosomatik

Lindenstraße 3–4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 026 41 - 754-0
Fax 026 41 - 754-200
E-Mail info@drk-fk-badneuenahr.de
www.drk-fk-badneuenahr.de

Klinikum Idar-Oberstein GmbH Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
55743 Idar-Oberstein
Tel. 067 81 - 66 18 01
Fax 067 81 - 66 18 06
E-Mail arztkjp@io.shg-kliniken.de
www.shg-kliniken.de

Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie AdÖR Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie

Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel. 063 49 - 900-30 01
Fax 063 49 - 900-30 99
E-Mail info@pfalzinstitut.de
www.pfalzinstitut.de

St. Anastifts Krankenhaus Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 57 02-42 22
Fax 06 21 - 57 02-42 42
E-Mail kjp@st-anastiftskrankenhaus.de
www.st-marienkrankenhaus.de

Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie GmbH

Am Carmen-Sylvia-Garten 6–10
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 39 44-0
Fax 026 31 - 39 44-44
E-Mail info@kjp-neuwied.de
www.kjp-neuwied.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen in Rheinland-Pfalz

Rheinhessen-Fachklinik Alzey Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Dautenheimer Landstraße 66
55232 Alzey
Tel. 067 31 - 50-16 00
Fax 067 31 - 50-16 14
E-Mail a.stein@rfk.landeskrankenhaus.de
www.rheinhessen-fachklinik-alzey.de

DRK Fachklinik Bad Neuenahr Psychotherapie/Psychosomatik

Lindenstraße 3–4
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 026 41 - 754-0
Fax 026 41 - 754-200
E-Mail info@drk-fk-badneuenahr.de
www.drk-fk-badneuenahr.de

**Klinikum Idar-Oberstein
Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
55743 Idar-Oberstein
Tel. 067 81 - 66 18 01
Fax 067 81 - 66 18 06
E-Mail arztkjp@io.shg-kliniken.de
www.shg-kliniken.de

**St. Anastifts Krankenhaus
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 57 02-42 22
Fax 06 21 - 57 02-42 42
E-Mail kjp@st-anastifts Krankenhaus.de
www.st-marienkrankenhaus.de

Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie GmbH

Am Carmen-Sylvia-Garten 6
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 39 44-0
Fax 026 31 - 39 44-44
E-Mail: info@kjp-neuwied.de
www.kjp-neuwied.de

Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Feldstraße 16
54290 Trier
Tel. 06 51 - 947-28 54
Fax 06 51 - 947-28 55
E-Mail kontakt@mutterhaus.de
www.mutterhaus.de

Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin

**Diakonie Krankenhaus
kreuznacher diakonie**

Ringstraße 64
55543 Bad Kreuznach
Tel. 06 71 - 605-20 10
Fax 06 71 - 605-20 16
E-Mail buchch@kreuznacherdiakonie.de
www.kreuznacherdiakonie.de

Klinikum Idar-Oberstein GmbH

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2
55743 Idar-Oberstein
Tel. 067 81 - 66-18 01
Fax 067 81 - 66-18 06
E-Mail info.io@shg-kliniken.de
www.shg-kliniken.de

**Westpfalz-Klinikum GmbH
Standort I, Kaiserslautern**

Hellmut-Hartert-Straße 1
67655 Kaiserslautern
Tel. 06 31 - 203-20 00
Fax 06 31 - 203-17 03
E-Mail paed@westpfalz-klinikum.de
www.westpfalz-klinikum.de

DRK Krankenhaus Kirchen

Bahnhofstraße 24
57548 Kirchen
Tel. 027 41 - 682-24 64
Fax 027 41 - 682-44 64
E-Mail paediatric@drk-kh-kirchen.de
www.drk-kh-kirchen.de

**Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Standort Kemperhof Koblenz**

Koblenzer Straße 115–155
56073 Koblenz
Tel. 02 61 - 499-0
Fax 02 61 - 499-20 00
E-Mail
kinderklinik-koblenz@gemeinschaftsklinikum.de
www.gemeinschaftsklinikum.de

Vinzentius-Krankenhaus

Cornichonstraße 4
76829 Landau in der Pfalz
Tel. 063 41 - 17-25 00
Fax 063 41 - 17-25 04
E-Mail paediatric@vinzentius.de
www.vinzentius.de

St. Marien- und Anastifts Krankenhaus

Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen
Tel. 06 21 - 570 20
E-Mail info@st-marienkrankenhaus.de
www.st-marienkrankenhaus.de

**Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität**

Langenbeckstraße 1
55131 Mainz
Tel. 061 31 - 17-25 57
Fax 061 31 - 17-41 41
E-Mail harth@kinder.klinik.uni-mainz.de
www.unimedizin.mainz.de

**Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein
Standort St. Elisabeth Mayen**

Siegfriedstraße 20-22
56727 Mayen
Tel. 026 51 - 83-22 60
Fax 026 51 - 83-19 37
E-Mail kinderstation-mayen@gk.de
www.gemeinschaftsklinikum.de

**Marienhaus Klinikum
St. Elisabeth Neuwied**

Friedrich-Ebert-Straße 59
56564 Neuwied
Tel. 026 31 - 82-0
Fax 026 31 - 82-12 43
E-Mail info@marienhaus-klinikum.de
www.marienhaus-klinikum.de

**Städtisches Krankenhaus
Pirmasens gGmbH**

Pettenkofferstraße 22
66955 Pirmasens
Tel. 063 31 - 714-16 01
Fax 063 31 - 714-10 23
E-Mail paediatric@kh-pirmasens.de
www.kh-pirmasens.de

**Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer
Standort Evangelische Diakonissenanstalt**

Haus Hilgardstraße
Hilgardstraße 26
67343 Speyer
Tel. 062 32 - 22-16 60
Fax 062 32 - 22-13 55
E-Mail info@diakonissen.de
www.diakonissen.de

**Klinikum Mutterhaus der
Borromäerinnen gGmbH**

Feldstraße 16
54290 Trier
Tel. 06 51 - 947-0
E-Mail kontakt@mutterhaus.de
www.mutterhaus.de

**Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich/
St. Elisabeth Krankenhaus Wittlich**

Koblenzer Straße 91
54516 Wittlich
Tel. 065 71 - 15-327 15
Fax 065 71 - 15-327 90
E-Mail paediatric@verbund-krankenhaus.de
www.verbund-krankenhaus.de

Klinikum Worms gGmbH

Gabriel-von-Seidl-Straße 81
67550 Worms
Tel. 062 41 - 501-36 00
Fax 062 41 - 501-36 99
E-Mail paediatric@klinikum-worms.de
www.klinikum-worms.de

**Klinikum Mittelmosel
St. Josef-Krankenhaus**

Barlstraße 42
56856 Zell (Mosel)
Tel. 065 42 - 97-0
Fax 065 42 - 97-17 23
E-Mail info@krankenhaus-zell.de
www.krankenhaus-zell.de

Ministerien, Institut für Rechtsmedizin

**Ministerium für Integration, Familie,
Kinder, Jugend und Frauen**

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Tel. 061 31 - 160
Fax 061 31 - 26 44
E-Mail poststelle@mifkjf.rlp.de
www.mifkjf.rlp.de

**Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesund-
heit und Demografie**

Bauhofstraße 9
55116 Mainz
Tel. 061 31 - 160
Fax 061 31 - 16 24 52
E-Mail poststelle@msagd.rlp.de
www.msagd.rlp.de

**Ministerium des Innern, für Sport und
Infrastruktur**

Schillerplatz 3–5
55116 Mainz
Tel. 061 31 - 160
Fax 061 31 - 16 35 95
E-Mail poststelle@isim.rlp.de
www.isim.rlp.de

**Johannes Gutenberg-Universität
Institut für Rechtsmedizin**

Am Pulverturm 3
55131 Mainz
Tel. 061 31 - 39 32 86 68
Fax 061 31 - 393 31 83
Forensische Ambulanz, Tel. 061 31 - 17-95 50
oder 061 31 - 17-0 (24-Stunden-Bereitschaft)
www.rechtsmedizin.uni-mainz.de

**Frauenhäuser und Beratungsstellen
der Frauenhäuser**

Weitere Angaben zu den Einrichtungen finden Sie unter „Hilfsangebote“ auf der Homepage des Rheinland-Pfälzischen Interventionsprojektes gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen (RIGG)
www.rigg.rlp.de

Frauenhaus Ahrweiler

Tel. 026 33 - 47 05 88
Beratungsstelle, Tel. 026 33 - 47 05 88

Frauenhaus Bad Dürkheim

Tel. 063 22 - 85 88
Beratungsstelle, Tel. 063 22 - 62 07 20

Frauenhaus Bad Kreuznach

Tel. 06 71 - 448 77
Beratungsstelle, Tel. 06 71 - 448 77

Frauenhaus Donnersbergkreis

Tel. 063 52 - 41 87
Beratungsstelle, Tel. 063 52 - 40 11 64

Frauenhaus Frankenthal

Tel. 062 33 - 96 95
Beratungsstelle, Tel. 062 33 - 607 08 07

Frauenhaus Idar-Oberstein

Tel. 067 81 - 15 22
Beratungsstelle, Tel. 067 81 - 15 22

Frauenhaus Kaiserslautern

Tel. 06 31 - 170 00

Frauenhaus Koblenz

Tel. 02 61 - 942 10 20
Beratungsstelle, Tel. 02 61 - 91 48 94 70

Frauenhaus Ludwigshafen

Tel. 06 21 - 52 19 69
Beratungsstelle, Tel. 06 21 - 62 19 55

Frauenhaus Mainz

Tel. 061 31 - 27 92 92
Beratungsstelle, Tel. 061 31 - 27 92 92

Frauenhaus Neustadt

Tel. 063 21 - 26 03
Beratungsstelle, Tel. 063 21 - 23 29

Frauenhaus Pirmasens

Tel. 063 31 - 926 26

Frauenhaus Speyer

Tel. 062 32 - 288 35
Beratungsstelle, Tel. 062 32 - 288 35

Frauenhaus Südpfalz

Tel. 063 41 - 896 26

Frauenhaus Trier

Tel. 06 51 - 744 44
Beratungsstelle, Tel. 06 51 - 144 19 14

Frauenhaus Westerwald

Tel. 026 62 - 58 88
Beratungsstelle, Tel. 026 62 - 946 66 30

Frauenhaus Worms

Tel. 062 41 - 435 91
Beratungsstelle, Tel. 062 41 - 435 91

**Autonome Frauennotrufe –
Fachstellen zu sexualisierter Gewalt****Notruf Alzey**

Tel. 067 31 - 72 27

Notruf Idar-Oberstein

Tel. 067 81 - 455 99 oder 197 40

Notruf Koblenz

Tel. 02 61 - 350 00

Notruf Landau

Tel. 063 41 - 834 37

Notruf Ludwigshafen

Tel. 06 21 - 62 81 65 oder 197 40

Notruf Mainz

Tel. 061 31 - 22 12 13

Notruf Simmern

Tel. 067 61 - 136 36

Notruf Speyer

Tel. 062 32 - 288 33

Notruf Trier

Tel. 06 51 - 200 65 88

Notruf Westerburg

Tel. 026 63 - 86 78

Notruf Worms

Tel. 062 41 - 60 94

Notruf Zweibrücken

Tel. 063 32 - 777 78

**Einrichtungen zur Unterstützung von
Mädchen bei (sexualisierter) Gewalt****FEMMA e.V.****Mädchenzuflucht in Mainz**

Tel. 061 31 - 61 42 81

Fax 061 31 - 23 01 81

www.maedchenhaus-mainz.de

**Sozialtherapeutische Beratungsstelle
Mädchenberatung Mainz**

Tel. 061 31 - 630 68

Fax 061 31 - 63 85 87

E-Mail maedchenberatung@maedchenhaus-mainz.de

Ronja**Prävention von sexueller Gewalt gegen
Mädchen**

Westerburg

Tel. 026 63 - 91 18 23

Fax 026 63 - 919 21

E-Mail praeventionsbuero-ronja@web.de

**Beratungsstellen für Migrantinnen
in Notsituationen**

**SOLWODI e. V., Beratungsstelle Boppard-
Hirzenach**

Tel. 067 41 - 22 32
Fax 067 41 - 23 10

SOLWODI e. V., Beratungsstelle Koblenz

Tel. 02 61 - 337 19
Fax 02 61 - 127 05

**SOLWODI e. V., Beratungsstelle Ludwigs-
hafen**

Tel. 06 21 - 529 12 77
Fax 06 21 - 529 20 38

SOLWODI e. V., Beratungsstelle Mainz

Tel. 061 31 - 67 80 69
Fax 061 31 - 61 34 70

**Muttersprachliche Telefonberatung
für Migrantinnen:**

Frauenbegegnungsstätte UTAMARA e. V.

Tel. 026 44 - 602 60 60
E-Mail utamara-beratung@web.de

Meine Notfallnummern/Dokumentationsbogen/Fallformular

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Dokumentationsbogen, der Ihnen als Ärztin oder Arzt im Praxisalltag eine Hilfe sein soll. Sie finden außerdem einen Bogen, auf dem Sie die für Sie wichtigsten Notfallnummern eintragen können.

Dokumentation – (Verdacht auf) Kindesmisshandlung/Vernachlässigung/ sexuellen Missbrauch

Personalien des Kindes (gegebenenfalls Adressen-Abdruck)

(Praxisstempel)

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

1. Kurze Sachverhaltsschilderung

Anlass des Arztbesuchs, Vorfallszeit, Hergang, Art der Gewalt

2. Untersuchungsbefunde

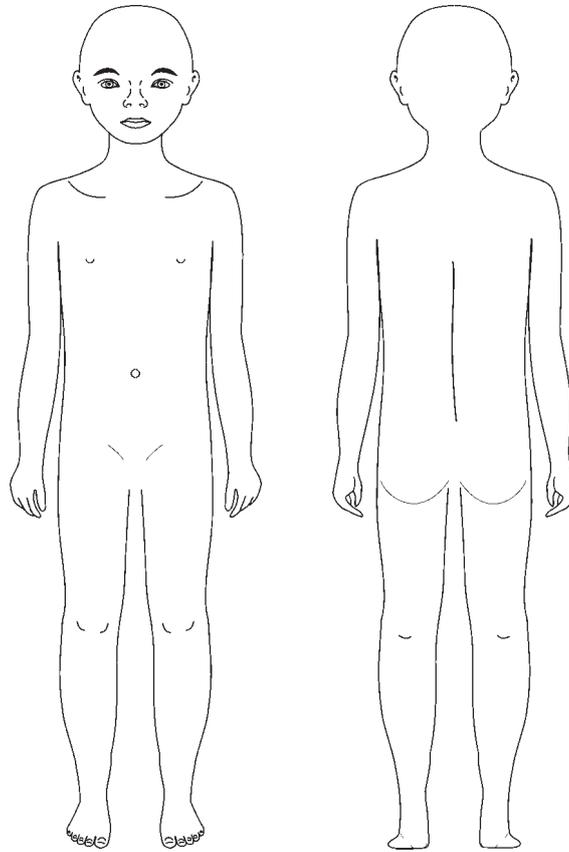
Allgemeinzustand | Größe, Gewicht; Auffälligkeiten bezüglich Ernährungszustand, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung

Haut | Detaillierte Dokumentation, Vermessung, genaue Angabe der Lokalisation, erkennbare Formung und Altersschätzung aller Verletzungen – Rötungen, Schwellungen, Hämatome, Abschürfungen, Wunden, Schleimhautläsionen (zum Beispiel im Mund) – insbesondere zum Beispiel Doppelstriemen, Griffspuren, Bissmarken, petechiale Lid- und Bindehautblutungen – Skizze verwenden – wenn möglich Fotos mit Maßstab – verborgene Läsionen beachten, zum Beispiel am behaarten Kopf

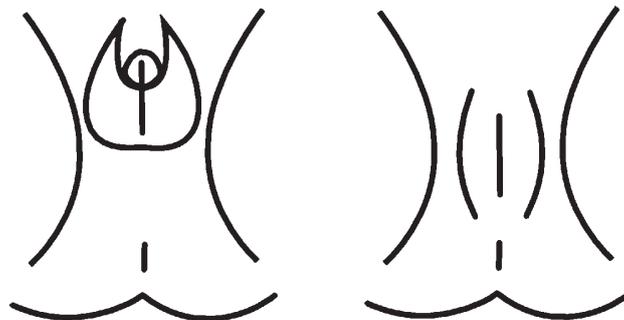
Innere Verletzungen | Innere Blutungen, Organverletzungen, Frakturen – röntgenologische Befunde, eventuell Ultraschall, Computertomografie, Knochenszintigraphie – Altersschätzung, insbesondere von Frakturen – Hinweise auf Schütteltrauma – Augenhintergrundveränderungen – neurologische Auffälligkeiten

Genitale/ anale Befunde | Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen – Hymenalfund (Öffnung normal bis 0,5 Zentimeter im fünften Lebensjahr) – eventuell kindergynäkologische Untersuchung!

3. Skizzen zur Befunddokumentation
Ganzkörperschema |



Genital-/Analregion |



4. Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, psychischer Befund; soziale Situation

Psyche, Verhalten | Zum Beispiel situationsgerechtes Verhalten – überängstlich, überangepasst, verschlossen – eigenartig unbeweglich, beobachtend (sogenannte „frozen watchfulness“) – „sexualisiertes“ Verhalten, ungewöhnlicher Wortschatz – Hinweise auf Essstörungen – eventuell Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss

Soziale/familiäre Verhältnisse | Zum Beispiel Anzahl Geschwister, bekannte Misshandlungsproblematik – Erziehungsberechtigte(r), Elternhaus – Berufstätigkeit (eventuell Arbeitslosigkeit), Wohnverhältnisse

5. Auffälligkeiten bei den Eltern/der Begleitperson

Zum Beispiel wer mit dem Kind zum Arzt kommt, Motivation – Zeitverzögerung beziehungsweise ungewöhnliche Tageszeit des Arztbesuchs – ungewöhnliches Besorgnis-Verhalten – Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursachen und Befund – Verschweigen früherer Verletzungen – häufiger Arztwechsel – Alkohol-/Drogenproblem von Bezugspersonen

6. Diagnose/Differentialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Differentialdiagnose | Zum Beispiel Gerinnungsstörung, Stoffwechselstörung, Malabsorption, Unfall (eventuell wiederholt)

7. Spurensicherung (bei akuten, schwerwiegenden Fällen)

Die Spurensicherungsmaßnahmen sollten generell so früh wie möglich (vor Reinigungsmaßnahmen) durchgeführt werden, am Körper spätestens innerhalb von 24 bis 48 Stunden. Trockene Sekretspuren an Kleidungsstücken oder anderen Spurentägern sind auch länger verwertbar. Rückfrage gegebenenfalls – je nach Sachlage – beim Institut für Rechtsmedizin (Tel. 061 31 - 17-9550 oder 061 31 - 17-0 (24 Stunden-Bereitschaft)) oder im Landeskriminalamt – Einsendung zum Beispiel an das Institut für Rechtsmedizin.

**Durchgeführte
Sicherungsart
bitte ankreuzen**

Am Körper | Zum Beispiel Blut-/Sekretspuren vom Täter (Fingernägel gegebenenfalls durch Kriminaltechnik); Sicherungsart: Mulltupfer mit Wasser anfeuchten und Spur aufnehmen – Neutralprobe von nicht verschmutztem Hautbereich nehmen, beide Mulltupfer getrennt verpacken (Plastikdose)

Schamhaare sichern | Sicherungsart: mit Kamm auskämmen – circa 10–20 Vergleichsschamhaare des Opfers kurz über der Haut abschneiden und getrennt verpacken

Abstriche | Vagina mindestens zwei Abstriche (Introitus-Bereich, Vaginalkanal und -gewölbe, eventuell Zervikalkanal) – gegebenenfalls Mund und Anus, je nach Sachverhalt; Sicherungsart: Mulltupfer (bitte getrennt verpacken und mit Entnahmeregion kennzeichnen), Lufttrocknung – möglichst zusätzlich Objektträger (nicht zudecken)

Sonstige Spurentäger | Zum Beispiel Slip, gegebenenfalls Tampon oder Binde

8. Procedere

Zum Beispiel Wiedereinbestellung – weitere Konsiliaruntersuchungen – Krankenhauseinweisung – Meldung ▶ Soziale Dienste, Kinderschutzbund, sonstige Institution