

GEWALT GEGEN KINDER

Ein Leitfaden für Früherkennung,
Handlungsmöglichkeiten und Kooperation

bvkg

Gesundheit von Mutter & Kind
Landesinitiative **NRW**

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Stiftung
Deutsches
Forum
Kinderzukunft



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Inhalt

Impressum.....	3	5. Fallmanagement in der Arztpraxis.....	27
Grußworte.....	4	5.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen.....	27
1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?.....	9	5.2 Verhalten während des Praxisbesuchs.....	27
1.1 Körperliche Gewalt.....	9	5.3 Zwischen den Praxisbesuchen.....	28
1.2 Seelische Gewalt.....	10	5.4 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen.....	28
1.3 Vernachlässigung.....	10	5.5 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind.....	29
1.4 Sexuelle Gewalt.....	10	5.6 Feedback.....	29
1.5 Cybermobbing.....	10	6. Cybermobbing.....	30
2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis.....	11	6.1 Cybermobbing – Was ist das eigentlich?.....	30
2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	11	6.2 Mobbing und Cybermobbing – Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	30
2.2 Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung.....	13	6.3 Wie gefährdet sind Kinder und Jugendliche im Netz?.....	32
2.3 Konsequenzen für die ärztliche Praxis.....	13	6.4 Folgen von Cybermobbing.....	35
3. Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit.....	14	6.5 Was kann man gegen Cybermobbing tun?.....	38
3.1. Früherkennung von Risikmerkmalen zur Kindeswohlgefährdung.....	14	6.6 Literaturverzeichnis zu Kapitel 6.....	40
3.2 Vorgehen bei Aufenthalt in der Geburtshilfeklinik, Kinderklinik, ärztlichen Praxis.....	15	7. Literaturverzeichnis.....	41
3.3 Etablierung früher Unterstützung und früher Hilfen.....	16	8. Dokumentation.....	42
3.4 Risikobelastungen, Vorsorgeverhalten und Entwicklung des Kindes nachverfolgen.....	16	8.1 Risikofragebögen I, II, III, IV, V, VI, Basis- Risikofragebogen I.....	42
3.5 Kennzeichnung eines „Risikokindes“ in der elektronischen Patientenakte.....	16	8.2 Erläuterungen zu den Risikobögen zu U3, U4, U5, U6, U7.....	48
3.6 Retrospektive Aufarbeitung von Kindesmisshandlungsfällen, Lernen aus Fehlern.....	16	8.3 Tabelle 1: Mütterliche Ablehnung im frühen Säuglingsalter.....	49
3.7 Literaturverzeichnis zu Kapitel 3.....	17	8.4 Tabelle 2: Mütterliche Vernachlässigung im frühen Säuglingsalter.....	50
4. Diagnostik und Befunderhebung.....	18	8.5 Dokumentationsbogen des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin.....	51
4.1 Diagnostik als Prozess.....	18		
4.2 Körperlicher Befund.....	18		
4.3 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes.....	23		
4.4 Sexueller Missbrauch.....	24		
4.5 Beurteilung der familiären Situation.....	25		
4.6 Bewertung der Befunde.....	26		

Impressum

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung NRW
Bismarckstr. 101
40210 Düsseldorf
Tel. 02 11 - 936 00 0
Fax. 02 11 - 936 00-13
E-Mail: lv-nordrhein-westfalen@tk.de
www.tk.de/lv-nordrheinwestfalen

In Kooperation mit:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Landesverband Nordrhein,

Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft,

Gesundheit von Mutter & Kind Landesinitiative NRW.

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

Realisation der 3. Auflage:

Harald Netz, Berit Brose, Christian Elspas -
Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,

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

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

Antje Steinbüchel - LVR-Landesjugendamt Rheinland.

Wir danken allen, die uns bei der Erstellung des Leitfadens unterstützt haben.

Stand: Oktober 2011

Grußworte

Gewalt gegen Kinder ist ein schweres kriminelles Vergehen. Gewalttaten gegen Kinder zu vermeiden, erfordert bei allen am Entwicklungsprozess der Kinder Beteiligten ein hohes Maß an Verantwortung, Sensibilität und persönlicher Kompetenz.

Wichtig ist, dass schon kleinste Anzeichen von Gewalt frühzeitig erkannt und die notwendigen Schritte dagegen eingeleitet werden.

Gewalt gegen Kinder hat weit reichende Konsequenzen, denn körperliche, psychische und sexuelle Gewalt greifen ineinander über. Das Kind wird in seiner Gesamtpersönlichkeit verletzt, wobei die psychischen Verletzungen die körperlichen Wunden oft sehr lange überdauern können.

Daher kommt der Früherkennung von Vernachlässigung und Gewalt eine große Bedeutung zu. Die Landesregierung weiß um die Verantwortung für die Gewaltprävention. Alle Berufsgruppen, die sich um die Belange von Kindern kümmern, wie z. B. Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, müssen sensibilisiert werden. Ebenfalls notwendig ist eine enge Zusammenarbeit der Jugendhilfe und der Gesundheitseinrichtungen. Alle müssen gemeinsam im Sinne der Kinder handeln!

Eine geeignete Möglichkeit der Früherkennung von Gewalt bieten die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, U1 bis U9. Diese Untersuchungen sind ein gesetzlich garantiertes Angebot, das von den meisten Eltern auch angenommen wird. Doch die Zahl der Kinder, die an den Untersuchungen teilnehmen, nimmt mit steigendem Alter deutlich ab. Gerade Kinder aus sozial benachteiligten Familien werden seltener oder gar nicht von Ärztinnen und Ärzten untersucht.

Die Landesregierung möchte, dass möglichst alle Eltern diese Vorsorgeuntersuchungen nutzen. Krankheiten oder Entwicklungsstörungen, aber auch mögliche Gewalteinwirkungen können so frühzeitig erkannt werden. Deshalb haben wir die Aktion „Gesunde Kindheit“ ins Leben gerufen. Sie erinnert alle Eltern, die ihr Kind nicht rechtzeitig einer Ärztin oder einem Arzt vorgestellt haben, an den nächsten anstehenden Vorsorgetermin.

Der aktualisierte Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ der Techniker Krankenkasse unterstützt alle Fachberufsgruppen sowie die Ärztinnen und Ärzte dabei, die Symptome von Gewalt frühzeitig zu erkennen. Ich hoffe auf eine weite Verbreitung des Leitfadens und reges Interesse bei den Adressatinnen und Adressaten.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

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. Denn die Verwirklichung dieses Menschenrechts scheitert zu oft, weil Verstöße dagegen nicht wahrgenommen werden. Wir brauchen deshalb eine gemeinsame Kultur der Aufmerksamkeit und des Hinsehens.

Wer Gewalt gegen Kinder verhindern oder beenden möchte, muss sie erst einmal erkennen. Das ist keineswegs so banal, wie es sich anhört. Von Beginn an war es daher Ziel dieses Leitfadens, Ärzten eine größere Diagnosesicherheit zu geben und die vielfältigen Formen der Gewaltausübung zu beschreiben. Denn das Gesetz verbietet nicht nur körperliche Bestrafungen. Unzulässig sind auch seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen.

Zu den jüngsten Phänomenen, die auf die Würde von Kindern und Jugendlichen zielen, zählt das sogenannte Cybermobbing. Experten verstehen darunter alle Formen von Schikane, Verunglimpfung, Betrug, Verrat und Ausgrenzung mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien wie Internet und Handy.

Eine kürzlich durchgeführte repräsentative Umfrage unter Schülern im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) hat gezeigt, dass 32 Prozent der Befragten schon einmal Opfer dieser neuartigen Form des Mobbing waren. Cybermobbing ist damit ein verbreitetes Phänomen und Realität im Alltag von deutschen Schülern. Die TK hat sich deshalb entschieden, den Leitfaden um ein Kapitel zu diesem Thema zu ergänzen.

Ebenfalls neu ist das Kapitel zu "Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit".

Ich wünsche mir, dass auch die dritte Auflage von "Gewalt gegen Kinder" dazu beiträgt, die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Berufsgruppen zu fördern, die sich dafür engagieren, unseren Kindern eine gewaltfreie Entwicklung zu ermöglichen. Unter www.gewalt-gegen-kinder.de finden Sie ein fortlaufend aktualisiertes Verzeichnis mit Adressen, Ansprechpartnern und weiterführenden Informationen.

Allen Unterstützern und Autoren dieses Leitfadens gilt mein ausdrücklicher Dank.

Günter van Aalst
Leiter der TK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Gewalt gegen Kinder ist allgegenwärtig, vielfältig und ein globales Problem. Auch in Deutschland bietet die Lage weiterhin Anlass zur Sorge. Nach der polizeilichen Kriminalstatistik stieg 2010 die Fallzahl misshandelter Kinder gegenüber dem Vorjahr um 7,1 Prozent.

In der letzten Zeit wurde häufig über den sexuellen Missbrauch in Heimen, Schulen, Internaten und kirchlichen Einrichtungen berichtet. Doch erleben Kinder Misshandlung und Vernachlässigung vorwiegend im familiären Umfeld. Und dies oft mit gravierenden Folgen: Neben den unmittelbaren und dauerhaften körperlichen Beeinträchtigungen treten vielfach psychische Entwicklungsstörungen auf. Ebenso können die langfristigen Auswirkungen fatal sein. Überdurchschnittlich viele Erwachsene, die in ihrer Kindheit oder Jugend Gewalt erfahren haben, leiden später an psychischen Auffälligkeiten.

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können im Rahmen ihrer Tätigkeit mit vielfältigen Erscheinungsformen von Gewalt gegen Kinder konfrontiert werden. Aber nicht immer sind Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes auf den ersten Blick erkennbar. Um Ärzte für die Folgen von Gewalt stärker zu sensibilisieren, hat der 114. Deutsche Ärztetag gefordert, die „Vielschichtigkeit der Formen und Auswirkungen von Gewalt stärker in den Fortbildungsangeboten zu berücksichtigen.“

Es ist zu begrüßen, dass die Initiativen zum Kinderschutz in den letzten Jahren in Nordrhein-Westfalen zu einer stärkeren Vernetzung des Gesundheitsbereichs mit der Kinder- und Jugendhilfe geführt haben.

Der überarbeitete und online eingestellte Leitfaden für Nordrhein-Westfalen bietet Ärzten und Psychotherapeuten wertvolle Fachinformationen für die Erfüllung ihrer wichtigen und schwierigen Aufgabe in der täglichen Praxis. Mit dem neuen Baustein „Cybermobbing“ befasst sich der Leitfaden erstmals mit einer Form von so genannter „digitaler Gewalt“, die besonders häufig unter Kindern und Jugendlichen anzutreffen ist.

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schätzungsweise fünf Prozent aller Kinder in Deutschland wachsen in Familien auf, bei denen aufgrund ihrer psychosozialen Lebensbedingungen ein hohes Risiko für gravierende Vernachlässigungen besteht. Schätzungsweise werden jährlich 20.000 Kinder in Deutschland Opfer von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt. Die Dunkelziffer ist sehr hoch.

Der Schwerpunkt dieser Misshandlungen liegt sicherlich in Familien aus sozialen Randgruppen, aber auch in anderen Gesellschaftsschichten ist mangelnde Fürsorge für Kinder zu beobachten.

Um diesen Kindern frühzeitig die notwendige Hilfe zukommen lassen zu können, müssen die Angebote von frühen und aufsuchenden Hilfen verstärkt und soziale Frühwarnsysteme installiert werden. Alle am Kinderschutz Beteiligten – insbesondere Jugendämter, Gesundheitsämter, Ärzteschaft, Schulen und Kindertageseinrichtungen – müssen sich miteinander vernetzen und eng zusammenarbeiten. Kinderschutz muss als Querschnittsaufgabe begriffen werden und ein flächendeckendes, multiprofessionelles Netzwerk früher Hilfestrukturen entwickelt werden. Kinderschutz muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden.

Ganz wesentlich in diesen Prozess eingebunden sind die Ärztinnen und Ärzte, da sie häufig als erste Kontakt zu den entsprechenden Familien haben und sie dann in die entsprechenden Hilfsangebote vermitteln können. Daher ist der vorliegende Entwurf eines Kinderschutzgesetzes sehr zu begrüßen, der den Ärztinnen und Ärzten unterhalb der Eingriffsschwelle des Jugendamtes die Möglichkeit gibt, sich über Patienten auszutauschen, um das bei misshandelnden Eltern häufig zu beobachtende Ärztehopping zu verhindern.

Die geplante „Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger“ soll Klarheit schaffen hinsichtlich der Weitergabe von Informationen an das Jugendamt. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Kindeswohls dürfen künftig Informationen an das Jugendamt weitergegeben werden. Das schützt die enge Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient und schlägt gleichzeitig die Brücke zum Jugendamt.

Die Initiative der Techniker Krankenkasse, hier eine Handreichung zur Orientierung bei diesem sensiblen Thema zu bieten, ist sehr zu begrüßen und wird von der Ärztekammer Westfalen-Lippe nachhaltig unterstützt. Mit dem vorliegenden vorbildlichen Leitfaden wird den Ärztinnen und Ärzten eine praktikable Hilfestellung bei der Erkennung von Gewalt gegen Kinder an die Hand gegeben.

Es gibt Hinweise zur Diagnose und zu möglichen Ansprechpartnern, wenn der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung vorliegt. Ergänzend zu diesem Leitfaden werden von der Ärztekammer Westfalen-Lippe regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen – wie z. B. das jährliche Forum Kinderschutz – durchgeführt, in denen Möglichkeiten für den Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes zur Früherkennung von Vernachlässigung und Missbrauch aufgezeigt werden.

Die Ärzteschaft wird auch in Zukunft für die gesunde Entwicklung unserer Kinder eine ganz zentrale Rolle einnehmen. Sie kann aber nicht für Versäumnisse innerhalb der Gesellschaft haftbar gemacht werden. Wir fordern daher nachhaltig, dass die finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, mit denen von Vernachlässigung oder Gewalt bedrohte Kinder rechtzeitig identifiziert werden können und ihnen die notwendigen Hilfen zur Verfügung gestellt werden können. Kinder sind die Basis und Zukunft unserer Gesellschaft – sie müssen uns entsprechend viel wert sein.

Dr. med. Theodor Windhorst
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Gewalt gegen Kinder trifft die grundsätzlich schutzlosesten Mitglieder unserer Gesellschaft. Daher muss für jeden, der unser Wertesystem akzeptiert, der Schutz der Kinder gegen Gewalt höchste Priorität besitzen.

Dieser Schutzbedarf besteht in allen Strukturen und Schichten unserer Gesellschaft. Niemand darf wegschauen, jeder muss sich zum Handeln aufgerufen fühlen, wenn er Gewalt gegen Kinder zur Kenntnis bekommt. Der Ruf richtet sich an Eltern, Geschwister, Verwandte, Bekannte, Nachbarn, Lehrer, Ärzte und auch die Politik. Keiner kann und darf sich dieser Verantwortung entziehen. Wer wegschaut, begeht selber Gewalt gegen Kinder.

Gewalt gegen Kinder wird vielfach mit körperlicher Gewalt oder sexueller Misshandlung gleichgesetzt. Die Medien sind in den letzten Jahren voll mit Berichten darüber gewesen, zumal diese Gewalt oftmals sogar innerhalb von Schutzräumen ausgeübt wurde. Als Täter werden meist Erwachsene identifiziert. Es darf aber dabei nicht vergessen werden, dass Gewalt gegen Kinder auch von Kindern ausgeübt wird. Hier ist nicht nur Eingreifen, sondern auch Prävention und Information gefragt.

Gewalt gegen Kinder findet aber nicht nur körperlich statt. Mindestens ebenso grausam ist die seelische Gewalt, die Kindern angetan wird. Sie ist schwerer zu erkennen. Die heute vorhandenen Medien wie Internet ermöglichen völlig neue Wege der Ausübung von Gewalt. Das bedeutet, dass die Aufmerksamkeit in Bezug auf diese Problematik sehr breit aufgestellt sein muss. Kein Bereich ist heute mehr frei von Gewalt gegen Kinder.

Gewalt gegen Kinder erzeugt nicht nur Opfer. Häufig haben auch die Täter, die diese Gewalt ausüben, eigene Erfahrungen mit Gewalt gegen sich als Kind gemacht. Somit können eine konsequente Verhinderung von Gewalt gegen Kinder und eine konsequente Arbeit mit Kindern, die Gewalt erfahren haben, bereits Präventionsmaßnahmen gegen weitere Gewalt sein.

Aus diesen Gründen begrüßt und unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe die Aktion Gewalt gegen Kinder und ruft ihre Mitglieder zur aktiven Beteiligung zum Schutz der Kinder auf.

Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

"Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. 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."

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

Definition Kindesmisshandlung

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

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

- Körperliche Gewalt,
- Seelische Gewalt,
- Vernachlässigung,
- Sexuelle Gewalt,
- Cybermobbing.

Zu unterscheiden ist jeweils die Misshandlung als aktive und die Vernachlässigung als passive Form. Mehrere Formen können bei einem Kind auch gleichzeitig vorkommen.

Gewalt wird meist in der Familie ausgeübt

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt wird fast immer in der Familie oder in anderen Zusammenlebenssystemen ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung.

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

Vernetzte Hilfe verschiedener Institutionen und Kliniken ist erforderlich

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

1.1 Körperliche Gewalt

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

Erwachsene üben körperliche Gewalt an Kindern in vielen verschiedenen Formen aus. Verbreitet sind Prügel, Schläge mit Gegenständen, Kneifen, Treten und Schütteln des Kindes. Daneben werden Stichverletzungen, Vergiftungen, Würgen und Erstickern 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.

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

1.2 Seelische Gewalt

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

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

Das Kind erlebt Ablehnung

Seelische Gewalt liegt z. B. dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen 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.

1.3 Vernachlässigung

Mangel an Fürsorge und Förderung

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

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

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

1.4 Sexuelle Gewalt

Definition von sexueller Gewalt

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

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

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

Sexuelle Gewalt ist nicht nur körperlicher Missbrauch

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

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

1.5 Cybermobbing

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

In den letzten 10 Jahren, und untrennbar mit dem rasanten Aufstieg des Internets und der mobiler Kommunikationstechnologien verbunden, macht ein neues Phänomen von sich reden.

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.

2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Einleitung

Am 1. Januar 2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz (Bundesgesetzblatt 2011 Teil I, S. 2975) in Kraft getreten. Für Ärzte bedeutet dies mehr Rechtssicherheit bei der Frage, wann sie Daten straflos an das Jugendamt weitergeben dürfen. Auch bringt das Gesetz ein neues Aufgabenfeld mit sich: Ärzte können sich mit anderen Akteuren im Kinderschutz in Netzwerken für Frühe Hilfen zusammenschließen.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Von besonderer Bedeutung ist § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Danach dürfen Ärzte und andere Berufsgeheimnisträger im Falle einer Kindeswohlgefährdung unter bestimmten Voraussetzungen Informationen und Daten an das Jugendamt weitergeben, ohne sich wegen Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) strafbar zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass sie die Gefährdung des Kindeswohls nicht anders als durch Durchbrechen der Schweigepflicht abwenden können. Hierfür schreibt § 4 KKG ein mehrstufiges Verfahren vor:

In einem ersten Schritt sollen Sie mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen und seinen Personensorgeberechtigten über die Situation sprechen und sie beraten, bestehende Hilfeangebote zu nutzen. Hat dies keinen Erfolg oder würde ein solches Gespräch den Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage stellen, müssen Sie sich in einem zweiten Schritt von einer insoweit erfahrenen Fachkraft beraten lassen. Dieser Anspruch besteht gegenüber dem Jugendamt, das hierfür entsprechende externe Fachkräfte bereitstellen muss. Für die Beratung dürfen Sie die pseudonymisierten Daten des Kindes oder des Jugendlichen übermitteln.

Kommen Sie nach Beratung durch die insoweit erfahrene Fachkraft zu dem Ergebnis, dass die Gefährdung des Kindeswohls nur durch Einschalten des Jugendamts abgewendet werden kann, sind Sie befugt, das Jugendamt über den Fall zu informieren und die erforderlichen Daten zu übermitteln. Zuvor müssen Sie jedoch die Betroffenen hierüber informieren, sofern dies einem wirkamen Kinderschutz nicht entgegensteht.

Nach § 4 Absatz 3 KKG sind Sie „befugt“, die Daten an das Jugendamt weiterzugeben. Als Arzt haben Sie eine besondere Schutzfunktion für Leib, Leben und Gesundheit des Kindes. Geben Sie die Daten bei Vorliegen einer nicht anders abwendbaren Kindeswohlgefährdung nicht an das Jugendamt weiter, machen Sie sich möglicherweise wegen eines Körperverletzungsdelikts durch Unterlassen, schlimmstenfalls wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen strafbar. Als Arzt sind Sie daher nicht nur befugt, sondern verpflichtet, das Jugendamt einzuschalten.

Frühe Hilfen

Ziel des Bundeskinderschutzgesetzes ist es, (werdenden) Eltern möglichst frühzeitig Angebote im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren zur Verfügung zu stellen (sogenannte Frühe Hilfen, § 1 Absatz 4 KKG). Um diese Frühe Hilfen zu ermöglichen, sollen sich die wichtigsten Akteure im Kinderschutz, darunter Jugendämter, Schulen, Krankenhäuser, Schwangerschaftsberatungsstellen und Ärzte, zu Netzwerken zusammenschließen, § 3 Absätze 1 und 2 KKG. Organisiert werden diese Netzwerke durch die örtlichen Träger der Jugendhilfe.

Mit anderen Institutionen kooperieren

Institutionen wie Allgemeine Soziale Dienste und Kinderschutzorganisationen können meist dem Kind und der Familie direkter helfen. Es ist Aufgabe des Jugendamtes und der Allgemeinen Sozialen Dienste, einem Verdacht nachzugehen und die Misshandlung zu stoppen.

Die Interventionsmöglichkeiten dieser Einrichtungen sind stets hilfeorientiert und sehr unterschiedlich. 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.

Die gesetzliche Regelung zum Kinderschutz, § 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, betont den Hilfe- und Unterstützungsauftrag der Jugendhilfe. Diese ist zur Gefährdungseinschätzung verpflichtet und regelt das Zusammenwirken des Jugendamtes und der freien Träger und sonstiger Einrichtungen im Jugendhilfebereich, einschließlich des Datenschutzes (die aktuelle Fassung des Paragraphen 8a finden Sie unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/_8a.html).

Vorübergehende Inobhutnahme als sofortige Hilfe

In Fällen einer akuten Gefährdung kann das Jugendamt bzw. der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) Kinder und Jugendliche gemäß § 42 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes vorübergehend in seine Obhut nehmen. Zur Inobhutnahme ist ebenfalls der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) berechtigt, der auch abends, an Wochenenden und Feiertagen zur Verfügung steht.

Einschalten des Familiengerichts

Sie können u. a. das Familiengericht einschalten. Dort kann eine Sorgerechtsbeschränkung oder ein Sorgerechtsentzug erwirkt werden, wenn anderweitig der Schutz nicht sichergestellt werden kann. Das Familiengericht kann auch ein Umgangs- und Kontaktverbot für den mutmaßlichen Täter aussprechen.

Diese Behörden, mit Ausnahme der Polizei, sind *nicht* verpflichtet, Strafanzeige zu stellen. Es erweist sich allerdings als schwierig, ein Umgangsverbot ohne geklärte Schuldfrage durchzusetzen.

Sexueller Missbrauch an Kindern und Schutzbefohlenen im StGB

Der Gesetzgeber stellt die Misshandlung von Kindern, und zwar die Vernachlässigung, den sexuellen Missbrauch und die körperliche Gewalt, unter Strafe. Die Misshandlung von Schutzbefohlenen wird nach § 225 StGB mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Für den sexuellen Missbrauch bestehen mehrere Paragrafen, die meisten Anklagen aber kommen aufgrund von § 174 StGB (sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen) und § 176 StGB (sexueller Missbrauch von Kindern) zustande.

Wird eine Person (Kind, Mann oder Frau) durch Gewalt oder Drohung zu sexuellen Handlungen gezwungen, so kann diese Handlung nach § 177 StGB (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) zur Anzeige gebracht werden. Jugendliche unter 18 Jahren sind durch § 182 StGB (sexueller Missbrauch von Jugendlichen) geschützt. Nach § 182 Abs. 1 StGB wird jeder, der eine Person unter 18 Jahren unter Ausnutzung einer Zwangslage missbraucht, bestraft.

Nach § 182 Abs. 2 StGB werden Erwachsene (Personen über 18 Jahren) bestraft, die eine Person unter 18 Jahren dadurch missbrauchen, dass sie gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vornehmen oder an sich von ihr vornehmen lassen.

Schließlich verbietet § 182 Abs. 3 StGB sexuelle Handlungen von Erwachsenen ab 21 Jahren mit Jugendlichen unter 16 Jahren, wenn der Erwachsene dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt.

Keine Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung

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

Für das Kind ist es meist besser, wenn andere Wege eingeschlagen werden, um die Misshandlung oder den Missbrauch zu stoppen (vgl. Kapitel „Fallmanagement“). Wenn eine Anzeige erstattet wird, gibt es für die Beteiligten keine Möglichkeit mehr, das Verfahren einzustellen. Dies kann dann nur noch durch die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht erfolgen.

2.2 Empfehlungen zum Umgang mit Kindesmisshandlung

Wohl des Kindes steht im Vordergrund

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, sollte nicht die Arbeit in der ärztlichen Praxis bestimmen.

Nicht in Aktionismus verfallen

Sie werden immer parteilich für das Kind eintreten. Deshalb ist das Wohlergehen des Kindes besonders zu berücksichtigen. Dieses Wohl ist aber nicht unbedingt 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 von Vorteil sein. Die Arztpraxis ist nicht ausführendes Organ anderer Stellen.

Eigene Bewertung und Einstellung klären

Bleiben Sie in einem Fall von Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch dem Kind gegenüber unbefangen. Geben Sie dem Kind ein Gefühl der Sicherheit. Auch das Verhalten gegenüber der Begleitperson sollte freundlich sein. Vorwürfe, Vermutungen und Vorurteile gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falles helfen nicht weiter.

Eigene Möglichkeiten und Grenzen kennen

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

Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinrichtungen suchen

Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und somit das Problem des Kindes und der Familie zu lösen, insbesondere nicht bei Fällen innerfamiliären sexuellen Missbrauchs. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinrichtungen ist erforderlich. Ärzte sollten initiativ tätig werden. Auch wenn der Fall von anderen Professionen versorgt und gegebenenfalls koordiniert wird, sollten Sie weiterhin Ihre Kompetenz und Ihr Verständnis für das Kind und die Familie einbringen.

2.3 Konsequenzen für die ärztliche Praxis

Die ärztliche Praxis ist nur Teil des Hilfesystems

Die Hilfen, die ein misshandeltes oder missbrauchtes Kind und dessen Familie benötigen, sind unter Umständen sehr differenziert und zeitintensiv. Sie können meist nicht von einer Person oder Einrichtung erbracht werden. Deshalb ist die ärztliche Praxis Teil eines Systems von Einrichtungen, die Hilfen anbieten.

Kommunikation und Kooperation mit anderen Einrichtungen

Damit die vorhandenen Hilfsangebote auch zu wirklichen Hilfen führen, müssen Sie über andere Einrichtungen informiert sein. Wirksame Maßnahmen für das Kind und die Familie müssen abgestimmt sein. Dies kann nur gelingen, wenn sich die Beteiligten kennen, wenn bestehende Kontakte gepflegt und gemeinsame Ziele vereinbart werden. Besonders Kinder- und Jugendärzte sollten deshalb an Maßnahmen mitwirken, die ein gemeinsames Fallmanagement ermöglichen.

Eigene Kontakte auf- und ausbauen

Sofern keine entsprechenden Arbeitskreise oder Kooperationstreffen in Ihrer näheren Umgebung eingerichtet sind, sollten Sie den Kontakt zu anderen Hilfeinrichtungen selbst aufbauen. Mit Einladungen anderer Professionen in Ihre Praxis kann auch Ihr Praxispersonal in die Thematik eingeführt und hierfür sensibilisiert werden. Eine weitergehende Beschäftigung mit dem Thema ist zu empfehlen. Hier sind insbesondere ärztliche Fortbildungsmaßnahmen und Literatur zu nennen. Im Literaturverzeichnis dieser Broschüre finden Sie eine Auswahl von Büchern, die Sie oder auch Betroffene detaillierter in das Thema einführen.

3. Früherkennung und Prävention von Kindeswohlgefährdungen in der frühen Kindheit

70 bis 80 Prozent aller Kindeswohlgefährdungen lassen sich bereits zum Zeitpunkt der Geburt voraussagen (1). Nach übereinstimmenden Ergebnissen von Präventionsprojekten in Ludwigshafen („guter Start ins Kinderleben“) (2), Hamburg („Babytse“) (3) und Düsseldorf (Klinik-Projekt) (4) weisen fünf bis acht Prozent aller Neugeborenen gesundheitliche und psychosoziale Risikomerkmale auf, die zu schweren Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und/oder zu einer ernsthaften Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit führen können.

Bessere Prognose durch Früherkennung

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

Je mehr psychosoziale Risikofaktoren im frühen Lebensalter vorliegen, je länger eine Störung andauert und je älter diese Kinder werden, desto komplexer werden die Folgen, desto größer wird die Zahl der Helfer und umso ungünstiger wird die Prognose (4).

Schutzfaktoren erkennen

Aus den Untersuchungen von Werner (5) und Laucht (6) geht hervor, dass nicht alle Hochrisikokinder massive Störungen zeigen, sondern ein Drittel davon sich unauffällig entwickelt. Bei diesen Kindern liegen Schutzfaktoren vor, durch die Risikobelastungen vermindert und eine ungestörte Entwicklung ermöglicht werden.

Früherkennung in der Geburtshilfe, Kinderklinik und kinderärztlichen Praxis

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

Ziel der Früherkennung und Prävention ist der Abbau von Stressfaktoren, Förderung der Elternkompetenz, Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Bindung und die Förderung der gesunden Entwicklung des Kindes und der Familiengesundheit (7).

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

3.1 Früherkennung von Risikomerkmale zur Kindeswohlgefährdung

Risikobelastungen erkennen

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

In der **Kinderklinik, kinderärztlichen Praxis** und **Notfallambulanz** können sich ebenfalls Hinweise auf Risikobelastungen ergeben.

Dabei sind zu beachten:

1. die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen im Mutterpass, siehe dort unter Ziffer 1, 2, 6, 7, 13, 29, 30, 31;
2. die persönlichen Daten der Mutter wie Alter, z. B. unter 18 Jahren, Familienstand, z. B. alleinstehend; Kinderzahl, z. B. mehrere Kleinkinder; Geschwisterkinder leben in Pflegefamilien;
3. gesundheitliche Risikofaktoren, zum Beispiel chronische und psychische Erkrankungen der Familienmitglieder, die die Lebensqualität der Familie beeinträchtigen; Gewalt in der Partnerschaft und Herkunftsfamilie; Suchtverhalten der Mutter/Eltern sowie
4. Hinweise auf postpartale Depression.

Das können z. B. folgende Items sein: (8):

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

5. Psychosoziale Belastungen in Hinblick auf

- die finanzielle Situation: hohe Schulden, Erstaussstattung des Babys kann nicht angeschafft werden, Grundversorgung ist nicht gesichert;
- die Partnersituation: durch Konflikte mit dem Partner, Trennung vom Partner;
- die eigene Person: Überforderung durch Haushaltsführung, Kindererziehung, Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt, Behördengänge, mangelnde Wertschätzung (7).

Erhöhte Gefährdungen lassen sich nicht auf einen Risikofaktor, sondern in der Regel auf die **Kombination mehrerer Belastungen** zurückführen (9). Dies ist zum Beispiel der Fall bei

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

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

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

6. Mangelhaftes Vorsorgeverhalten während der Schwangerschaft: fehlender Mutterpass, Vorsorgeuntersuchung bei weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen.

7. Mangelnde Unterstützung durch Familie, Freunde, keine Kontakte.

8. Erhöhte Fürsorge-Anforderungen durch das Kind bei:

- ehemaligem Frühgeborenen,
- Mehrlingen,
- chronisch krankem Kind,
- behindertem Kind,
- entwicklungsgestörtem Kind,
- Kind mit schwierigem Temperament.

9. Gestörte Eltern-Kind-Interaktion:

- negative Äußerungen der Eltern über das Kind,
- mangelnde Feinfühligkeit, wenig Kommunikation mit dem Kind, Nichtwahrnehmung frühkindlicher - Signale (Blickkontakt, Lautieren, Lachen),
- wenig Interesse am Kind, Bevorzugung von Fernsehen und Handygesprächen,
- impulsiver, inkonsequenter Erziehungsstil.

10. Auffälliges Bindungsverhalten (10, s. 8.2 Dokumentation):

- unsicher-vermeidend,
- unsicher-ambivalent.

11. Merkmale mütterlicher Vernachlässigung und Ablehnung im frühen Säuglingsalter (siehe Dokumentation 8.3 und 8.4)

12. Besondere Gefährdungszeiträume: Zusammentreffen von Risikobelastungen und riskanten Entwicklungsphasen, z. B. Regulationsstörungen, wie Fütter- und Schlafstörungen, auffälliges Trotzverhalten; beginnende Entwicklungsstörungen und Behinderung.

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

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

- Anamneseerhebung: Bei Stichwörtern mit Hinweisen auf Risikobelastungen sollte ein weiterführendes, eingehendes Gespräch über die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen/Überforderungen geführt werden;
- Erhebung der Risikobelastungen durch Einsatz des Basis-Risikoscreeningbogens (Risikobogen I, s. 8.1 Dokumentation);
- Beurteilung der Mutter-Kind Interaktion auf der Wöchnerinnenstation, in der Kinderklinik, ärztlichen Praxis (Risikobogen II, s. 8.1 und 8.2 Dokumentation); Beurteilung der Eltern/Kind Bindung, siehe unter 8.2;
- Beachtung von Schutzfaktoren (Risikobogen II, s. 8.1 und 8.2 Dokumentation);
- Einstufung der Risikolage (Risikobogen I und II, s. 8.1 Dokumentation): Einstufung der Risikolage kann fließend sein, ist abhängig vom Ausmaß der jeweiligen Risikobelastung, z. B. sind chronische psychische Belastungen bzw. akute Psychosen unterschiedlich zu bewerten;
- Monitoring früher Hilfen, Nachverfolgung der frühkindlichen Entwicklung (Risikobogen III, IV V und VI, s. 8.1 Dokumentation);
- Beachtung des Vorsorgeverhalten während des ersten und zweiten Lebensjahres, des Nicht-Einhaltens von Vorsorgeterminen bei der U3, U4, U5, U6, U7 „Ärztelhopping“, häufiger Wechsel der Arztpraxen (Risikobogen IV, V und VI, s. 8.1 Dokumentation).

3.3 Etablierung früher Unterstützung und früher Hilfen

- Einsatz niedrigschwelliger aufsuchender Dienste, wie Hebamme/Familienhebamme, sozialmedizinische Assistentinnen des Gesundheitsamtes von Anfang an, beginnend in der Geburtshilfe;
- Familienentlastung durch Haushaltshilfe über die Krankenkasse, Verordnung erfolgt über den Arzt;
- Hinweis auf präventive und gesundheitsfördernde Leistungen der GKV und PKV, § 20 SGB V (11): Raucherentwöhnung, Suchtprävention, stressreduzierende Maßnahmen, Ernährungsberatung (z. B. bei übergewichtigen Müttern);
- Hinweis auf finanzielle Unterstützung durch die „Mutter-Kind-Stiftung“ während der Schwangerschaft durch die Schwangerenberatungsstellen oder zum Zeitpunkt der Geburt in der Geburtsklinik;
- Kontakt zu den „Frühen Hilfen“ des Jugendamtes bzw. Jugendhilfeträger, gegebenenfalls Einsatz einer Haushaltshilfe, einer sozialpädagogischen Familienhilfe, Schuldnerberatung und anderes mehr;
- Hinweis auf Elternkurse, Müttercafé;
- Hinweis auf Kurse zur Bindungsförderung, Safe (12), „Steep“ (13), entwicklungspsychologische Förderung (14);
- Bei Überforderung zu Hause und fehlender Entlastung Hinweis auf die Möglichkeit einer frühen Aufnahme für Säuglinge ab sechs Monaten in die Kinderkrippe, Familienzentrum;
- interdisziplinärer Austausch der einbezogenen Stellen, Bestimmung eines Koordinators bzw. Casemanagers.

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

Bei der Nachverfolgung ist darauf zu achten, wie sich die Risikobelastungen auf die frühkindliche Entwicklung auswirken, möglicherweise zu einer zunehmenden Kindeswohlgefährdung führen und wie einer Gefährdung durch eine frühe Unterstützung der Familie und des Kindes bzw. Weiterleitung an geeignete Beratungsstellen vorgebeugt und Belastungen vermindert werden können.

Im Einzelnen wird das besondere Augenmerk auf folgende Punkte gelenkt:

- Nachverfolgung der Risikobelastungen (Zu- oder Abnahme von Belastungen), Beachtung kritischer Lebensereignisse, wie Erkrankung, Tod von Familienmitgliedern, Trennung des Partners, Wahrnehmung zunehmender Überforderung, z. B. bei alleinstehenden Müttern, mangelnder Unterstützung, mangelnden Kontakten, Betreuung mehrerer Kleinkinder;
- Beachtung und Nachverfolgung auffälliger Entwicklung und auffälligen Verhaltens im Säuglingsalter, Beachtung des Auftretens riskanter Entwicklungen, wie z. B. Regulationsstörungen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen;

- Beachtung und Nachverfolgung chronischer Erkrankungen, insbesondere Infekte der oberen Atemwege, beginnender Behinderungen.
- Bei Auftauchen von Kindern mit Schrei-, Fütter-, Schlafstörungen und unklaren Verletzungen in der Notfallambulanz z. B. der Kinderklinik Beachtung möglicher Risikobelastungen und eines auffälligen Vorsorgeverhaltens, eventuell Rückgriff auf stationäre Befundberichte, Basis-Risikoscreeningbogen in der Geburtshilfe zur Sichtung psychosozial auffälliger Befunde und gesundheitlicher Risikobelastungen;
- Beratung zum „plötzlichen Kindstod“ (Flyer) (15), Schüttelhirntrauma (Flyer) (16);
- früher Hinweis oder Weiterleitung an eine Schreiambulanz, gegebenenfalls stationäre Aufnahme bei Fütterstörungen;
- Kooperation mit Koordinatorin im Krankenhaus, den Frühen Hilfen der Jugendhilfe, Clearingstelle;
- bei Abbrüchen von Kontakten und Therapien Nachhaken und "am Ball bleiben";
- bei beginnenden Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitige Weiterleitung an Frühförderung und Sozialpädiatrisches Zentrum;
- interdisziplinärer Austausch zwischen Klinik, ärztlicher Praxis, Hebamme, Gesundheitsamt, Jugendhilfe vor oder bei Eintritt einer Kindeswohlgefährdung;
- bei akuten Zeichen einer Kindeswohlgefährdung Kontakt und Intervention durch das Jugendamt, gegebenenfalls mit Inobhutnahme.

3.5 Nutzung eines Markers in der elektronischen Patientenakte in Klinik und/oder Praxis zur Kennzeichnung eines „Risikokindes“.

In jeder Klinik bzw. Praxis kann bei Erkennung eines Hochrisikokindes dieses in der elektronischen Patientenakte besonders vermerkt werden. Dieses erleichtert bei Notfallterminen den Rückgriff auf bereits bekannte Risikobelastungen in der Vorgeschichte des Kindes und kann das weitere Vorgehen bestimmen. Regulationsstörungen bei Kindern aus psychosozial belasteten Familien sind anders zu bewerten als bei einem Kind aus einer unauffälligen Familie.

3.6 Retrospektive Aufarbeitung von Kindesmisshandlungsfällen, Lernen aus Fehlern

Bei jedem eingetretenen Kindesmisshandlungs- oder vernachlässigungsfall sollten Vorgeschichte und Verlauf des Falles, Aktivitäten und Kooperationen der einzelnen Netzwerkpartner unter einem neutralen Moderator auf Augenhöhe aufgearbeitet und mögliche Fehler in der Kommunikation und Bewertung der Risikolage besprochen sowie das bisherige Vorgehen erörtert werden, was aus dem jeweiligen Fall eventuell gelernt werden kann.

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

3.7 Literaturverzeichnis zu Kapitel 3

1. Kempe, R.S., Kempe, C (1980): **Kindesmisshandlung**. Stuttgart, S. 85 – 96.
2. Filsinger, Barbara, Bechthold, I. et al. (2010): **Kinderschutz beginnt im Kreißsaal**. In: Prävention von Gewalt gegen Kinder. Kinderärztliche Praxis 81, S. 159 - 163.
3. Zu Babytse: Pauwels, Silke, Metzner, Franka et al. (2011): **Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär – oder beides?!** In: Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Vandenhoek u. Ruprecht, S. 20 – 33.
4. Kratzsch, Wilfried (2004): **Modell zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Hoch-Risikokindern zum Zeitpunkt der Geburt**. In: Konzepte und Modelle zur Früherkennung von Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern. It Takes TWO to Tango. Verein für Kommunalwissenschaften e.V. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 43/2. Berlin, S. 24 – 31.
5. Werner, Emmy, E., Smith, R.R. (1989): **Vulnerable but invincible: A longitudinal Study of Resilient Children and Youth**. New York.
6. Laucht, Martin, Schmidt, Martin, Esser, Günther (2000): **Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen**. In: Frühförderung interdisziplinär, 19. Nr. 3, S. 97 – 108.
7. Collatz Jürgen (2010): **Zuspitzungen der Problemlagen von Müttern/Vätern und Kindern und die Notwendigkeit einer familienmedizinischen Orientierung des Gesundheitssystems in Deutschland**. In: Familienmedizin in Deutschland. Hrsg.: Collatz, Jürgen. Pabst Science Publishers, Lengerich.
8. Kabir K. et al: **Identifying Postpartum Depression: Are 3 Questions as Good as 10?** In: Pediatrics 122: e696-e702 (2008) und Lips, Ulrich: Persönliche Mitteilung, Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle Universitäts-Kinderspital Zürich.
9. Deegener, Günther, Körner, W. (2011): **Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik in Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis**. Hrsg.: Körner, Wilhelm, Deegener, G. Pabst Science Publishers. Lengerich, Berlin et al., S. 201 - 250.
10. Brisch, Karl-Heinz (2002): **Klassifikation und klinische Merkmale von Bindungsstörungen**. In: Monatsschr. Kinderheilk. 150: S. 140 -148.
11. GKV-Spitzenverband (27.8.2010): **Leitfaden Prävention**. www.mds-ev.de/media/pdf/GKV-SV_Leitfaden_Praevention_2010%282%29.pdf
12. **Safe: Sichere Ausbildung für Eltern**. Trainingsprogramm. www.safe-programm.de
13. **Steep**: www.gerhard-suess.de
14. Universitätsklinikum Ulm: **Entwicklungspsychologische Beratung (EPD)**. www.entwicklungspsychologische-beratung.de
15. Landesregierung NRW. **Sicherer Schlaf** (Flyer). http://www.praeventionskonzept.nrw.de/media/pdf/Mutter_und_Kind/Schlafsack_Veranstaltung/Schlafsack_Fold_4-2008.pdf?pi_t=true
16. Techniker Krankenkasse, Mein Baby schreit! (Flyer). <http://www.tk.de/tk/387046>
17. **Risikobogen I - III**. Seit 2008 in modifizierter Form eingesetzt in der Geburtshilfe der Städtischen Kliniken Solingen.
18. Kratzsch, Wilfried (2000): **Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinisch/klinischer Sicht**. In: Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht. Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März in Berlin. Verein für Kommunalwissenschaft e. V. Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 26, S.12- 24.
19. Kratzsch, Wilfried (2010): **Aufbau eines flächendeckenden Netzes früher Hilfen**. In: Prävention von Gewalt gegen Kinder. Kinderärztliche Praxis 81, S. 151 - 161.
20. AG Risikoinventar-Prävention: <http://www.risikoinventar-praevention.de/>
21. Kindler, Heinz (2009): **Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen?** In: Frühe Hilfen im Kinderschutz. Weinheim und München: Juventa. S. 173 - 232.
22. Checklisten für Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, 4. Auflage 2011, revidiert und aktualisiert im Auftrag der SG.
23. Nachverfolgungsbögen, eingesetzt im Multicenterprojekt KinderZUKUNFT. www.kinderzukunft-nrw.de
24. Schmidt, M.H. (1990): **Die Untersuchung abgelehnter und/oder vernachlässigter Säuglinge aus der Kohorte von 362 Kindern der Mannheimer Studie**. In: Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Martinus, Joest, Frank, Reiner (Hrsg.). Bern, Stuttgart, Toronto: Huber und persönliche Mitteilung von Laucht, Martin (2011), Institut für seelische Gesundheit, Mannheim.

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Diagnostik als Prozess

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

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

Auf ein patientengerechtes Untersuchungsverhalten achten

Wichtig ist ein dem Patientenalter gerechtes Untersuchungsverhalten. Die Symptomsuche sollte in unauffälliger Form erfolgen. Heben Sie immer auch das Positive der 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 geben Ihnen die Befundbögen im Anhang.

4.2 Körperlicher Befund

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbedeckte Kind untersuchen

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

Stresssymptome

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

Kriterien für Hämatome und Wunden auf der Haut

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

- Lokalisation,
- Gruppierung,
- Formung und Mehrzeitigkeit.

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

Zwischen Verletzung und Misshandlung differenzieren

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

Abbildung 1 Misshandlungsverletzungen



Oberkopf, Auge,
Wangen, Mundschleimhaut

Streckseiten der Unterarme
und Hände

Rücken, Gesäß

Sturzverletzungen

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

Abbildung 2 Sturzverletzungen



Stirn, Nase, Kinn,
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen, Knöchel

Knie, Schienbein

Abbildung 3 „Hutkrempe“-Regel



■ Schlag- und
Hiebverletzungen

Sturzverletzungen

Hinweise auf Schlaggegenstände

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

Subdurales Hämatom durch Schütteltrauma

Besonders schwerwiegende Folgen hat das „Schütteltrauma“ der Säuglinge. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her, und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut. Blutungen vor der Netzhaut oder 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 intracraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu krampfen beginnt. Oftmals fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen.

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

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

Epidurales Hämatom

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

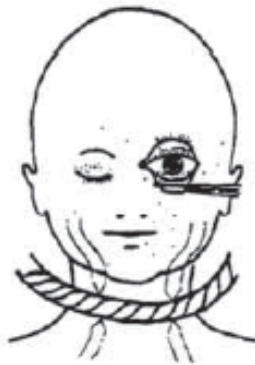
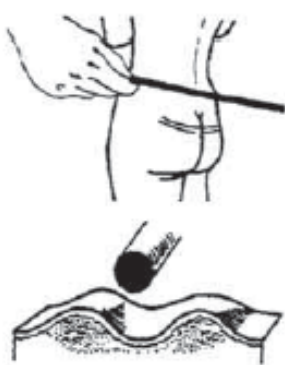
Augenverletzungen

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

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

Abbildung 4 und 5

Entstehen von Doppelstriemen und Stauungsblutungen



Institut für Rechtsmedizin,
Prof. Dr. K. Püschel

Verbrennungen und Verbrühungen

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

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

Verletzungen des Skeletts auch ohne Markersymptome

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

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

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

Wiederholen Sie Röntgenaufnahmen!

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern von einem Lebensalter unter drei Jahren muss als hoch verdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden (DALTON, 1990).

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. Computertomografien und Röntgenuntersuchungen (evtl. auch eine Skelettszintigrafie) 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.

Innere Verletzungen

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

- Magen- oder Dünndarmperforationen,
- Einrisse der Gekrösewurzel,
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauchspeicheldrüsen-einrisse,
- Lungenverletzungen, Hämatothorax und Hämato-perikard.

Darmverletzungen

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

Vergiftungen

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

- Überdosierung eines verordneten Schlaf- oder Beruhigungsmittels (das Kind schläft nicht, das Kind ist unruhig). Eventuell wurden Beruhigungsmittel auch verabreicht, um das Kind ruhigzustellen, damit die Betreuungsperson ungestört ist bzw. anderen Aktivitäten nachgehen kann.
- Einnahme eines ungesicherten Medikaments durch Kleinkinder (Aufbewahrung von Medikamenten und Sicherungsmaßnahmen diskutieren).
- Medikamentengabe als Tötungsversuch bei erweitertem Selbstmordversuch oder im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.

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

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Bei der Untersuchung sollten Sie beachten, dass das betroffene Kind eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden.

Erläutern Sie dem Kind die Untersuchungsschritte

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

Somatische Untersuchung

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch setzt sich zusammen aus der Erhebung eines Allgemeinzustands und eines 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 z. B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite. Wenn der Arzt mit den Besonderheiten der genitalen Befunderhebung vertraut ist, kann er einen Genitalstatus erheben, der vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion 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. Mithilfe der Separations- oder Traktionsmethode kann die Weite und Konfiguration des Introitus vaginae, die distale Vagina, die Fossa navicularis und die hintere Kommissur untersucht werden. Je nach Befund und Anamnese werden zusätzliche Untersuchungen erforderlich, z. B. mikrobiologische oder virologische Kulturen, serologische Untersuchungen oder der Nachweis von Sperma.

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

Kindergynäkologische Untersuchung

Wenn Sie sich als Arzt durch eine exakte kindergynäkologische Untersuchung überfordert fühlen, sollten Sie eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung in einer spezialisierten Klinik oder durch einen Rechtsmediziner mit Erfahrung in Befunderhebung und forensischer Bewertung anstreben.

Liegt der vermutete sexuelle Übergriff mehr als 48–72 Stunden zurück und ist bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweisbar, können forensische Überlegungen vorerst in den Hintergrund treten und eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung sorgfältig geplant werden. Hat ein Übergriff aber in den letzten 48–72 Stunden stattgefunden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserelevante Hinweise festhalten zu können (siehe Untersuchungsbogen 2 im Anhang).

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

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

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

Sexuell übertragbare Krankheiten als Hinweis auf sexuellen Missbrauch

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

Trotzdem lässt sich sagen, dass sexueller Missbrauch sehr häufig durch eine körperliche Untersuchung nicht eindeutig diagnostizierbar ist. Bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollten Sie sich – falls erforderlich – von erfahrenen Kollegen oder multidisziplinären Einrichtungen beraten lassen, damit die Abklärung im Sinne des Kindes optimal verläuft und Schutz vor weiteren Übergriffen gewährt. Damit wird das Kind vor einer Retraumatisierung durch Vermeidung von überstürztem, wiederholtem, falschem oder unüberlegtem Handeln geschützt.

4.3 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

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

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

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

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

Auffälliges Verhalten des Kindes

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

Seelische Gewalt

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

Diagnose nur durch Verhaltensauffälligkeiten

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

4.4 Sexueller Missbrauch

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

Symptome bei seelischer Gewalt

Säuglingsalter	Kleinkindalter	Schulalter
• Gedeihstörung • Motorische Unruhe • Apathie • „Schreikind“ • Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Verdauungsprobleme • Psychomotorische Retardation	• (Sekundäre) Enuresis • (Sekundäre) Enkopresis • Daumenlutschen • Trichotillomanie • Nägelbeißen • Spielstörung • Freudlosigkeit • Furchtsamkeit • Passivität, Zurückgezogenheit • Aggressivität, Autoaggressionen • Distanzschwäche • Sprachstörung • Motorische Störungen • Jactationen	• Kontaktstörungen • Schulverweigerung, Abnahme der Schulleistungen, Konzentrationsstörungen • Mangel an Ausdauer, Initiativverlust • Hyperaktivität, „Störenfried“-Verhalten • Ängstlichkeit, Schüchternheit, Misstrauen • Suizidgedanken, Versagensängste • Narzisstische Größenfantasien, Tagträumereien

Körperliche Symptome

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

Außerdem sind Hämatome und Bisswunden im Genital- und Analbereich ein Zeichen von sexueller Gewalt. Allergien und Hautkrankheiten mit atypischem Verlauf (Pyodermien, 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“ bzw. „belastende Lebensumstände“ in Ihre differenzialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen.

Vermeiden Sie Suggestivfragen

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

Sorgfältige Dokumentation

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

4.5 Beurteilung der familiären Situation

Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen

Um einen Verdacht auf Kindesmisshandlung zu erhärten, können Sie durch Beobachten der Eltern oder Begleitpersonen weitere Hinweise erhalten. Eltern, die ihr Kind misshandelt haben, verhalten sich in vielerlei Hinsicht anders als Eltern, deren Kinder durch einen Unfall verletzt wurden.

Unkooperatives Verhalten der Eltern

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

Unangemessene Reaktion der Eltern

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

Umgang der Eltern mit dem Kind

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

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

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

Leitfaden zur Familiensituation:

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

Hausbesuch

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

4.6 Bewertung der Befunde

Verifizieren der Verdachtsdiagnose

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

Bei einem Verdacht zuerst Vertrauen schaffen

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, sollten Sie zunächst vermeiden, mit der Familie bzw. den Eltern darüber zu sprechen. Wichtiger ist zuerst, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wieder einbestellt werden, damit Sie sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufbauen können. So stehen Sie weiterhin dem Kind und der Familie beratend zur Seite und können den Gesundheitszustand des Kindes beobachten. Es gibt keine allgemeingültige Grenze, bei der unbedingt eingeschritten werden muss. Diese Entscheidung können Sie nur im Einzelfall nach Abwägung der Risiken treffen.

Unterstützung durch ein zweites Urteil bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

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

Zusammenarbeit mit anderen Professionen

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

5. Fallmanagement in der Arztpraxis

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

Gewaltprävention als Ziel des gemeinsamen Fallmanagements

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

Gemeinsames Fallmanagement setzt persönliche Kontakte voraus

Einen Rahmen zum Aufbau entsprechender Kontakte bieten regionale Kooperationsgruppen.

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

Bindung an die Arztpraxis im Verdachtsfall besonders wichtig

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

5.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Nach dem vorbehandelnden Arzt fragen

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

Möglichkeit eines Hausbesuchs einbeziehen

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

Kindergynäkologische Untersuchung

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

5.2 Verhalten während des Praxisbesuchs

Grundsätzlich Ganzkörperuntersuchung durchführen

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

Dem Kind Sicherheit geben

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

Gegenüber Eltern und Begleitpersonen Vertrauen aufbauen

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

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

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

Persönliche Kenntnis der empfohlenen Einrichtungen schafft Glaubwürdigkeit

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und keine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Allgemeine Soziale Dienste sind zu empfehlen, wenn es um die Bewilligung sozialer Hilfen geht oder bereits eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. In Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden. Die aktuelle Fassung des Paragraphen 8a „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ finden Sie unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_8/__8a.html

5.3 Zwischen den Praxisbesuchen

Einholung zusätzlicher Informationen von Allgemeinen Sozialen Diensten

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

Anzeige eines Gewaltdeliktcs sorgfältig abwägen

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

Informationen über Vormundschaftsverhältnisse einholen

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

Art und Umfang der Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

Inhalt, Umfang und Anlass der Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen der Arztpraxis und den Allgemeinen Sozialen Diensten oder Beratungsstellen freier Träger sind mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen möglichst persönlich zu vereinbaren. Seitens der kooperierenden Einrichtungen werden zunächst Informationen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Kindes von Ihnen erwartet. Die Informationsvereinbarung kann z. B. die Mitteilung über einen Abbruch des Kontaktes zwischen Ihnen und dem betreuten Kind umfassen.

Informationen behördlicher Stellen auch ohne Einverständnis der Eltern möglich

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 das Wohl des Kindes aufs Höchste gefährdet ist:

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

Falldokumentation für eventuelle gerichtliche Beweissicherung

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Fotos der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden. Entsprechende Dokumente sind möglicherweise Grundlage für eine gerichtliche Beweissicherung. Eine ausführliche Dokumentation ist der Nachweis, dass eine mögliche Veranlassung behördlicher Maßnahmen durch den Arzt auf sorgfältiger Abwägung der Situation des Kindes beruht. Im Anhang dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können.

5.4 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Eröffnungsgespräch vorbereiten

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

Gesprächsführung

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

5.5 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs meist keine unmittelbare Gefahr für das Kind

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

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich

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

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

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

- Kontaktaufnahme mit dem Kinder- und Jugendnotdienst des Amtes für Jugend,
- Krankenhauseinweisung,
- Ansprechen der Allgemeinen Sozialen Dienste,
- Einschaltung der Polizei.

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

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

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

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

5.6 Feedback

Rückmeldungen sind wichtig für gemeinsames Fallmanagement

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

Die hohen Anforderungen des Praxisalltags führen mitunter dazu, dass Informationsabsprachen trotz bester Absichten nicht eingehalten werden können. In diesem Fall können regelmäßige Kooperationstreffen eine leicht organisierbare Möglichkeit zum Austausch von Informationen und Erfahrungen sein. Sowohl die Fallarbeit als auch der präventive Ansatz erfordern ein hohes Maß an Einsatz und Energie. Als 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.

6. Cybermobbing

6.1 Cybermobbing – Was ist das eigentlich?

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

Wichtig ist dabei, dass die Täter dem Opfer schaden möchten (Absicht), dass sich das Opfer nicht wehren kann (Machtungleichgewicht) und dass die Angriffe über längere Zeit hinweg immer wieder passieren (Wiederholung) (8).

In den letzten zehn Jahren, und untrennbar mit dem rasanten Aufstieg des Internets und der mobilen Kommunikationstechnologien verbunden, macht ein neues Phänomen von sich reden: Cybermobbing. Cybermobbing ist vereinfacht gesagt Mobbing mit Hilfe von Internet- oder Handyanwendungen (19). Es kann folgende Formen annehmen (24):

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

Verunglimpfung (engl. Denigration): öffentliches Verbreiten unwahrer Gerüchte über einen Dritten, die dessen Ansehen schaden, beispielsweise über Soziale Netzwerke wie Facebook,

Betrug (engl. Impersonation): unbefugtes Auftreten unter falscher Identität, das dem Ansehen der betroffenen Person schadet, beispielsweise in einem Chat,

Verrat (engl. Outing & Trickery): öffentliches Verbreiten von Geheimnissen oder privaten Fotos/Videos gegen den Willen des Betroffenen, um den Betroffenen bloßzustellen, beispielsweise auf YouTube,

Ausgrenzung (engl. Exclusion): systematischer Ausschluss einer Person von einer Online-Gruppe, deren Kommunikationskanälen und Online-Aktivitäten, beispielsweise aus einer Gruppe bei Facebook.

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

Beispielsweise ist Wiederholung bei Cybermobbing teilweise eindeutig vorhanden (z. B. mehrfaches Übersenden beleidigender E-Mails), teilweise eher vom Opfer empfunden (z. B. einmaliges Veröffentlichen eines peinlichen Fotos aber viele Personen sehen dieses im Internet).

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 für die Praxis Cybermobbing wie folgt:

„Cybermobbing sind alle Formen von Schikane, Verunglimpfung, Betrug, Verrat und Ausgrenzung mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien, bei denen sich das Opfer hilflos oder ausgeliefert und (emotional) belastet fühlt [...]“ (13).

6.2 Mobbing und Cybermobbing – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Es gibt einige Überschneidungen von Mobbing und Cybermobbing, die über die bloße Definition hinausgehen. Der Übergang von Mobbing und Cybermobbing ist oft fließend, da die Opfer von Mobbing in der Schule häufig auch im Internet von den Tätern weiter gemobbt werden und umgekehrt (14;16;23).

Darüber hinaus übt in beiden Phänomenen das soziale Umfeld eine wesentliche Funktion aus (4). 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) (17).

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 (4;23).

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 (4;14).

Darüber hinaus bekommt der Täter keine direkte Rückmeldung vom Opfer, da er ihm nicht von Angesicht zu Angesicht gegenüber steht. Dadurch bleiben die emotionalen Reaktionen des Opfers für den Täter im Verborgenen, und er kann nicht immer erkennen, wann für das Opfer Grenzen überschritten sind (15). 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 (12). 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 (4). Durch diese potentiell große Öffentlichkeit kann es zu verstärkten negativen Auswirkungen auf die Opfer kommen (5).

Eine weitere Besonderheit des Cybermobbings ist ein erweiterter Kreis von potentiellen Opfern. So können beim Cybermobbing auch Erwachsene, beispielsweise Lehrer, zu Opfern werden, die ansonsten durch ihr Alter oder ihre körperliche Überlegenheit üblicherweise nicht zum Opferkreis beim Mobbing durch Kinder und Jugendliche zählen (7).



Abbildung 1: Beim Cybermobbing stehen Täter und Opfer sich nicht von Angesicht zu Angesicht gegenüber

6.3 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 (22).

Es zeigte sich, dass 32 Prozent der Befragten schon einmal Opfer von Cybermobbing waren. Wie Abbildung 2 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 (23).

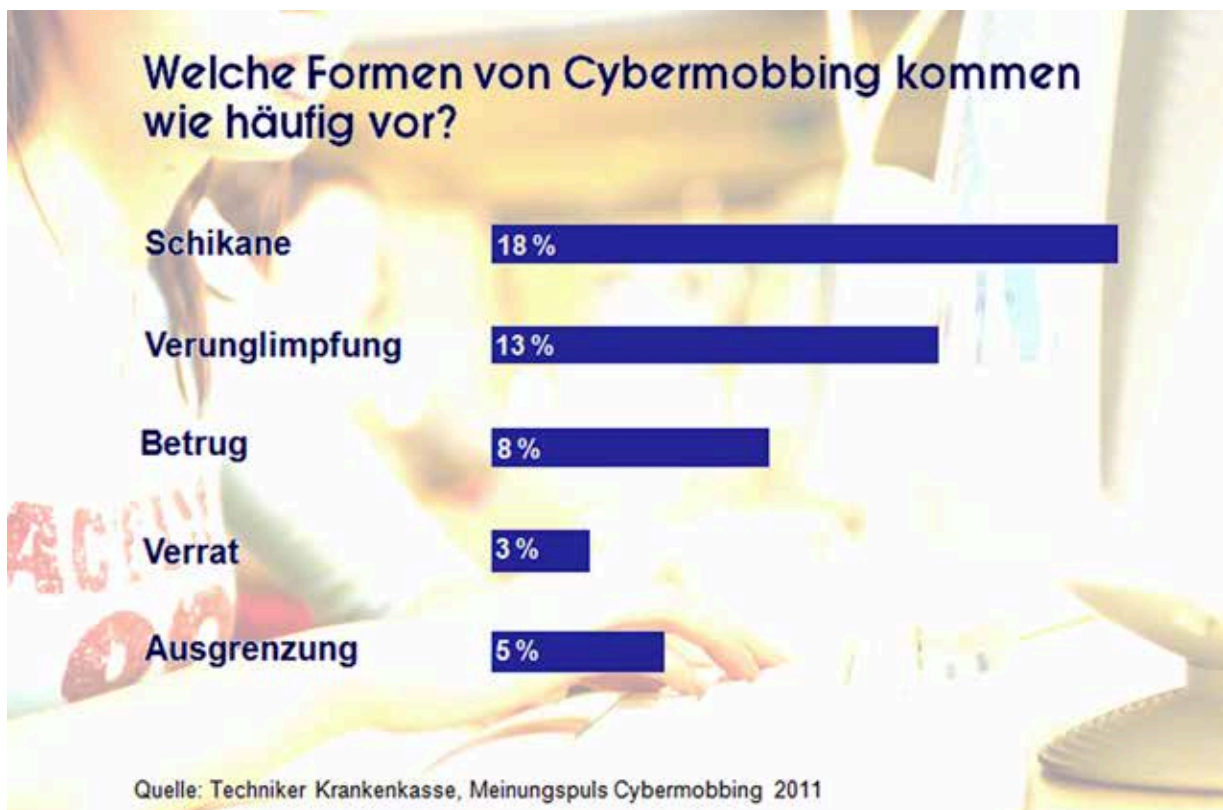


Abbildung 2: Welche Formen von Cybermobbing kommen wie häufig vor?
Quelle: Techniker Krankenkasse, Meinungspuls Cybermobbing 2011

Drviertel 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 (13).

Darüber hinaus gaben in der TK-Studie 21 Prozent der Schüler an, dass sie sich vorstellen könnten, zu Tätern von Cybermobbing zu werden, und acht Prozent gaben zu, tatsächlich schon einmal Cybermobbing betrieben zu haben. Andere 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 Täter von Cybermobbing (13).

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 (22).

In anderen deutschen Studien gaben 25 Prozent der befragten Jugendlichen an, dass sie Cybermobbing für eine der drei größten Gefahren im Internet halten (11) und knapp 60 Prozent der befragten Lehrerschaft gab an, dass Cybermobbing in den letzten zwei Jahren an ihrer Schule zugenommen hat (8).

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

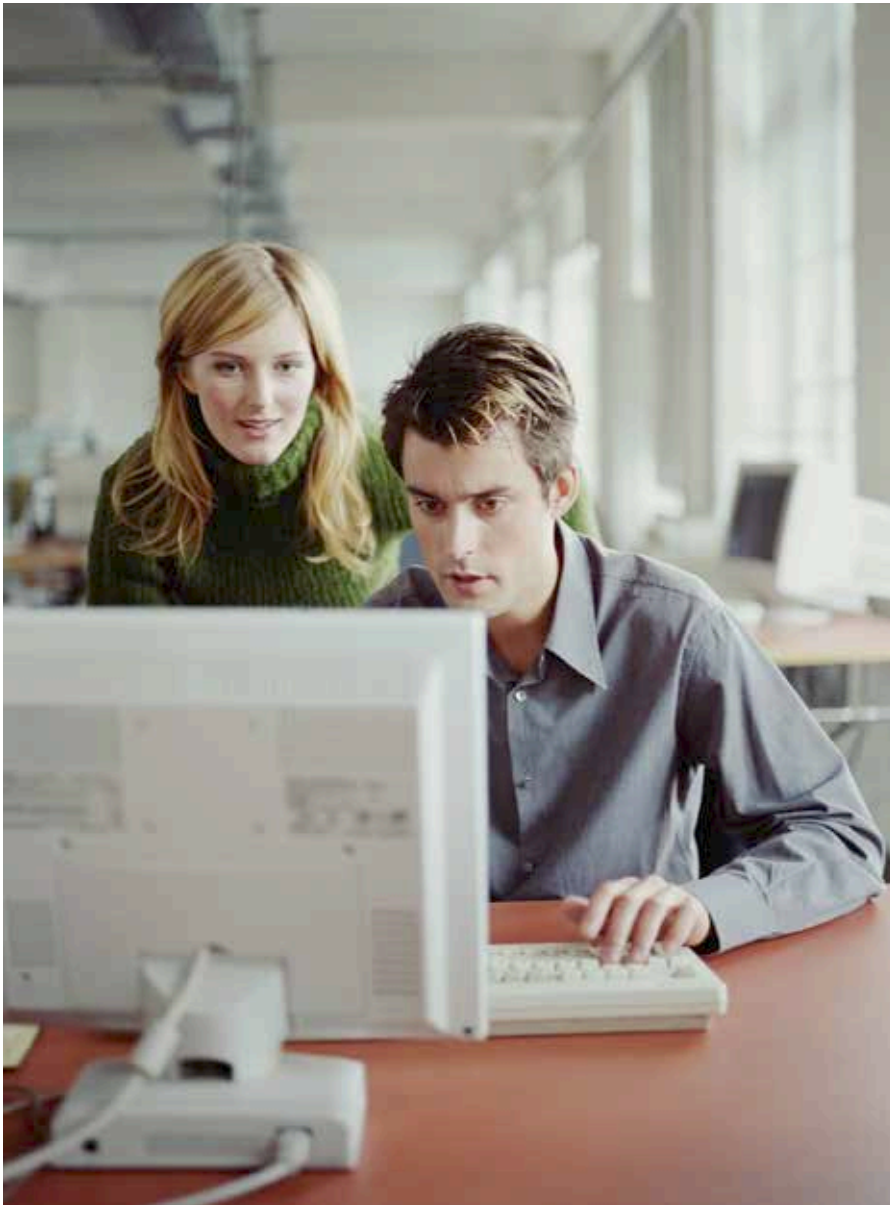


Abb. 3: Jeder vierte Jugendliche hält Cybermobbing für eine der drei größten Gefahren im Internet

Wer wird Opfer?

Generell ist festzuhalten, dass Jeder, besonders als Nutzer neuer Kommunikationstechnologien, Opfer von Cybermobbing werden kann. Dennoch zeigen sich einige Risikofaktoren, andere vermutete Risikofaktoren konnten sich bisher nicht bestätigen.

Das Geschlecht zeigt sich, anders als beim Mobbing, bisher nicht als eindeutig zu identifizierender Risikofaktor: Jungen und Mädchen werden in den meisten Studien in ähnlichem Ausmaß Opfer von Cybermobbing (22;23). 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 (22), in einer anderen großen deutschen Studie fand man dagegen deutlich mehr Cybermobbing unter Hauptschülern (11).

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 (23).

Der Zusammenhang zwischen Mobbing und Cybermobbing kann ebenfalls als Risikofaktor interpretiert werden: Opfer von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Opfer von Cybermobbing (6;14). Auch gibt es einen Zusammenhang allein für das Cybermobbing. Opfer berichten auch häufig, selbst Täter zu sein (18).

Weitere Risikofaktoren beziehen sich auf das eigene Verhalten im Internet: Bei Jugendlichen, die viel Zeit im Internet verbringen, häufig Kommunikationstechnologien wie Instant Messenger oder Chat nutzen, ein aktives Profil in einem sozialen Netzwerk betreiben und generell ein Risikoverhalten im Internet zeigen (z. B. Preisgabe persönlicher Daten im Internet oder Besuch von extremen Chaträumen mit sexualisierten Inhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Opfer von Cybermobbing zu werden (9;20).



Abb. 4: Opfer von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Opfer von Cybermobbing⁶

6.4 Folgen von Cybermobbing

Cybermobbing hat meistens Folgen für die Opfer, aber auch häufig für die Täter. Diese können einerseits abhängig sein von Ausmaß, Häufigkeit und Dauer des Cybermobbings (23). Andererseits sind die Folgen abhängig von den Betroffenen selbst. Beispielsweise berichten viele Kinder und Jugendliche von extremer emotionaler Belastung durch Cybermobbing, andere geben an, dass ihnen Cybermobbing nichts aus macht (9;12).

Folgen für die Opfer

Betroffene können sich Cybermobbing kaum entziehen, da es ständig verfügbar und öffentlich verbreitet ist (5). Besonders öffentliches Cybermobbing mit (peinlichen) Fotos und Videos wird als belastend empfunden (20). Diese Belastung steigt, wenn Cyber-Opfer in der Realität auf die peinlichen und belastenden Inhalte angesprochen werden (21). 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 berichten 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 (12).

Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch im Rahmen der TK-Studie (22): Wie in Abbildung 5 zu sehen, waren beispielsweise 66 Prozent der Betroffenen wütend, 35 Prozent fühlten sich verletzt und 18 Prozent berichteten von Schlaflosigkeit, einer ernstzunehmenden psychosomatischen Folge.

Vergleicht man Cyber-Opfer mit vergleichbaren 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, generell mehr affektive Störungen, und sie konsumieren häufiger Drogen (23).

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 (22;23). Als Eltern 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 (3).



Abbildung 5: Wie Cybermobbing Jugendliche belastet

Wer wird Täter?

Für jeden Nutzer neuer Kommunikationstechnologien ist es relativ einfach, Täter von Cybermobbing 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 (23), gibt es doch Forschungsergebnisse, die nahe legen, dass Jungen häufiger Cyber-Täter werden als Mädchen (10;22). 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: Täter von Mobbing in der Schule werden häufiger auch Täter von Cybermobbing (6;14). Auch gibt es einen Zusammenhang allein für das Cybermobbing. Täter berichten auch häufig, selbst Opfer zu sein (18).

Weitere Risikofaktoren beziehen sich – ähnlich wie bei den Cyber-Opfern – auf das eigene Verhalten im Internet: Bei Jugendlichen, die ausgeprägte Computerkenntnisse besitzen, viel Zeit im Internet verbringen, häufig Kommunikationstechnologien nutzen und generelles Risikoverhalten im Internet zeigen (z. B. Besuch von extremen Chaträumen mit sexualisierten Inhalten oder manipulatives Chatverhalten), steigt die Wahrscheinlichkeit, Täter von Cybermobbing zu werden (10;20).

Auch wenn Cyber-Täter kurzfristig Spaß am Cybermobbing haben können, so zeigen sich auch bei Tätern langfristig eher negative psychosoziale Konsequenzen: Beispielsweise weisen Täter von Cybermobbing 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 (26).



Abbildung 6: Der Zusammenhang von Cyber-Täterschaft und Geschlecht ist noch nicht abschließend geklärt.

Strafrechtliche Folgen für die 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 die Polizei hier in der Regel eine frühzeitige Klärung anstrebt.

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 (z. B. auf einer Homepage im Internet oder per SMS/E-Mail an eine größere Personen-Gruppe) erfolgt. Falsche Tatsachenbehauptungen, wie z. B. das Verbreiten von unwahren Gerüchten, können aber unterbunden werden.

Diese so genannte 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 (z. B. Fäkalbegriffe, Diskriminierungen, Sexismus). Hat die „anklagende“ Person zuvor selbst beleidigt, dann muss sie unter Umständen eine Gegenreaktion hinnehmen („Duldungspflicht“) (1).

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

Die Bedrohung ist die ernst zu nehmende Ankündigung von schwerer Gewalt (z. B. 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 bzw. 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 Personen im höchstpersönlichen Lebensbereich, also „die sich in einer Wohnung oder einem gegen Einblick besonders geschützten Raum befindet“, dazu zählt z. B. die Schultoilette. Bildnisse dieser Situationen dürfen erst gar nicht ohne Einwilligung aufgenommen, geschweige denn veröffentlicht werden (§ 201a StGB) (7).

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 etc. und schweren Eingriffen in die Intimsphäre ist eine geldliche Entschädigung für das Aushalten einer Peinlichkeit möglich (7).

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



Abbildung 7: Das Internet ist kein rechtsfreier Raum: Üble Nachrede ist ein Straftatbestand.

6.5 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 etc.).

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 Internet- bzw. Handyverbot ihre negativen Erfahrungen vor Erwachsenen verschweigen (21;25).

Einerseits wird 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 Gefahrenpotentiale realistisch einschätzen zu können, ihre Kinder bei der Internetnutzung zu begleiten und ihnen einen verantwortlichen Umgang mit Anderen im Netz beizubringen (21).

Dazu gehören beispielsweise die Einführung von Verhaltensregeln der 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 (25). 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 der Mediennutzung (Netiquette) entwickeln und diese per Selbstverpflichtung einführen (2). Auch Lehrer finden gute Informationen und Unterrichtsmaterialien auf den Internetseiten von Klicksafe (www.klicksafe.de).

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 gegen Cybermobbing (2). Bisher gibt es verschiedenste Überlegungen darüber, wie solche Präventionsmaßnahmen aussehen sollten.

Ein gutes Beispiel ist das Präventionsprogramm gegen Cybermobbing „Surf-Fair“ (13). 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.

Was kann man als Reaktion auf Cybermobbing tun?

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 deren 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, wie auch um Situationen, bei denen die Beseitigung von Spuren des Cybermobbings (z. B. Fotos) Probleme bereitet.

Ein gutes Vorgehen ist folgende Vier-Stufen-Strategie (13):

Beruhigen – Sichern – Melden - Hilfe holen

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

Als zweites gilt: Immer das Cybermobbing zu dokumentieren und somit Beweise zu **sichern**. E-Mails oder SMS nicht löschen, Screenshots von Beiträgen/Bildern auf den Internetseiten machen (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, z. B. <http://www.flashvideodownloader.org/>).

Als drittes gilt: Dem Betreiber des Internetangebotes die Inhalte sowie den Täter (Profil, Nickname) zu **melden** und deren Löschung zu fordern. Die meisten Seiten haben z. B. einen „Melde-Button“ in ihr Angebot implementiert, oder es gibt Kontaktadressen der Betreiber. Damit kann verhindert werden, dass Cybermobbing – beispielsweise gemeine Kommentare oder peinliche Fotos – weiterhin öffentlich zu sehen sind.

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

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

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

Im Schulkontext beispielsweise können Elternpflegschaftsvorsitzende, 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 der gleichen Klasse oder auf der gleichen 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 0333) wenden oder sich von Gleichaltrigen im Internet beraten lassen (www.juuuport.de).

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

6.6 Literaturverzeichnis zu Kapitel 6

1. Braun, I., Djordjevic, V., Kreutzer, T., Otto, P., Spielkamp, M. & Weitzmann, J. H.: **Spielregeln im Internet. Durchblicken im Rechte-Dschungel.** Ludwigshafen / Düsseldorf, 2010.
2. Couvillon, M. & Ilieva, 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, Seite 96–101, 2011.
3. 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, Seite 693-704, 2008.
4. Dooley, J. J., Pyzalski, J. & Cross, D.: **Cyberbullying Versus Face-to-Face Bullying. A Theoretical and Conceptual Review.** In: Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology (217), Heft 4, Seite 182–188, 2009.
5. Fawzi, N.: **Cyber-Mobbing: Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet.** Baden-Baden, 2009
6. Gradinger, P., Strohmeier, D. & Spiel, C.: **Traditional Bullying and Cyberbullying.** In: Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology (217), Heft 4, Seite 205–213, 2009.
7. Grimm, P. & Clausen-Muradian, E.: **Cyber-Mobbing - psychische Gewalt via Internet: "Ja, Beleidigungen, Drohungen. So was halt."** (Alba). In: KJuG (54), Heft 2, Seite 33–37, 2009.
8. Jäger, R. S., Fischer, U. & Riebel, J.: **Mobbing bei Schülerinnen und Schülern der Bundesrepublik Deutschland. Die Sicht von Lehrkräften – eine Erkundungsstudie.** Landau, 2007.
9. Katzer, C., Fetchenhauer, 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, Seite 25-36, 2009a.
10. Katzer, C., Fetchenhauer, D. & Belschak, F.: **Cyberbullying in Internet-Chatrooms – Wer sind die Täter?** In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie (41), Heft 1, Seite 33–44, 2009b.
11. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: **JIM 2010 - Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland.** Stuttgart, 2010.
12. 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: Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology (217), Heft 4, Seite 197–204, 2009.
13. Pieschl, S. & Porsch, T.: **Schluss mit Cybermobbing! Das Trainings- und Präventionsprogramm "Surf-Fair".** Weinheim / Basel, 2012, in Vorbereitung.
14. Raskauskas, J. & Stoltz, A. D.: **Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents.** In: Developmental Psychology (43), Heft 3, Seite 564–575, 2007.
15. Riebel, J. & Jäger, R. S.: **Cyberbullying als neues Gewaltphänomen. Definitionen, Erscheinungsformen, Täter-eigenschaften und Implikationen für die Praxis.** In: KJuG (54), Heft 2, Seite 38–41, 2009.
16. 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, Seite 298-314, 2009.
17. Salmivalli, C.: **Participant role approach to school bullying: Implications for intervention.** In: Journal of Adolescence (22), Heft 4, S. 453-459, 1999.
18. Schultze-Krumbholz, A. & Scheithauer, H.: **Social-Behavioral Correlates of Cyberbullying in a German Student Sample.** In: Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology (217), Heft 4, Seite 224–226, 2009.
19. Slonje, R. & Smith, P. K.: **Cyberbullying: Another main type of bullying?** In: Scand J Psychol (49), Heft 2, Seite 147–154, 2008.
20. 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, Seite 376-385, 2008.
21. Staude-Müller, F., Bliesener, T. & Nowak, N.: **Cyberbullying und Opfererfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Web 2.0.** In: KJuG (54), Heft 2, Seite 42-47, 2009.
22. Techniker Krankenkasse Landesvertretung NRW: **TK Meinungspuls Gesundheit 2011 - Erhebung "Cyberbullying".** 2011. <http://www.tk.de/tk/kinder-jugendliche-und-familie/gewalt-gegen-kinder/cybermobbing/343730> (Stand: 19.07.2011).
23. 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, Seite 277–287, 2010.
24. Willard, N. E.: **Cyberbullying and cyberthreats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress.** Research Press, Champaign, Ill, 2007.
25. Wong-Lo, M. & Bullock, L.: **Digital Aggression: Cyber-world Meets School Bullies.** In: Preventing Sch. Failure: Alternative Educ. for Children & Youth (55), Heft 2, Seite 64–70, 2011.
26. 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, Seite 1.308-1.316, 2004.

7. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Kinderschutz: Gewalt gegen Kinder. **Kindesmisshandlung und ihre Ursachen**. Reinbek, 1985.
- Backe, L., Leick, N., Merrick, J. und Michelsen, N.: **Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien**. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1986.
- 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.
- Brockhaus U., Kolshorn M.: **Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen**. Frankfurt/Main, 1993.
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, **Drucksache 15/1861**, Hamburg, 1994.
- Dalton, H. J., Slovis T., Helfer R. E., Comstok J., Scheurer S., Riolo S.: **Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture**. Am J Dis Child 144: 875 – 878, 1990.
- Deutscher Bundestag, Drucksache 10/4560, o. O., 1986. Deutscher Kinderschutzbund (Hrsg.): **Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Materialien zum Kinderschutz**, Band 4. Hannover, 1992.
- Eggers, C.: **Seelische Misshandlung von Kindern**. Der Kinderarzt, 25, 748 – 755, 1994.
- 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.
- nicht mehr lieferbar: Fegert, J. M.: **Sexuell missbrauchte Kinder und das Recht**. Band 1. Volksblatt Verlag Köln, 1993 (wird derzeit neu aufgelegt).
- Finkelhor, D.: **A Sourcebook on Child Sexual Abuse**. Beverly Hills, CA, 1986. Forster, B. (Hrsg.): Praxis der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Stuttgart, New York, 1986.
- 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.
- Gutjahr, K., Schrader, A.: **Sexueller Mädchenmissbrauch**. Köln, 1990.
- Hutz, P.: **Beratung und Prävention von Kindesmisshandlung**. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin Band 18. Herausgegeben von der Bundesärztekammer. Köln, 1994/95.
- Junghohann, E. E. (Hrsg.): Thiemann Praxis-Leitfaden: **Hilfen für misshandelte Kinder**. Ratingen, 1993.
- 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.: **Gyn (4), Heft 2**, Seite 129/130, 1999. Olbing, H., Bachmann, K. D., Gross, R.: Kindesmisshandlung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 1989.
- 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.
- Remschmidt, H.: **Elterliche Kindesmisshandlung**. Münchener Medizinische Wochenschrift, 128, 1986.
- Rutschky, K., Wolff, R.: **Handbuch sexueller Missbrauch**. Reinbek bei Hamburg, 1999.
- Schöne u.a.: **Kinder in Not**. Münster, 1997. Suer, P.: **Sexuelle Gewalt gegen Kinder**. Rasch und Röhring Verlag Hamburg, 1998.
- 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.

8. Dokumentation

(Quellen zu 8.1 – 8.2: Mutterpass (S.42), Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, siehe Literaturverzeichnis)

8.1 Risikofragebögen I, II, III, IV, V, VI

Basis-Risikofragebogen I

Zielgruppe: Geburtshelfer, Kinderklinik, kinderärztliche Praxis

Name des Kindes:		Vorname:	geb:	
Risikoscore U1 , Übernahme von Daten aus Mutterpass/ Anamnese ; wenn nicht vorhanden, bitte erfragen				
	Parameter	Mutterpass	Score	Zutreffend
1	Alter der Mutter unter 18 Jahren	13	1	
2	Alleinstehend		1	
3	Mehr als 1 Kind bei mütterlichem Alter < 21 Jahre		1	
Anamnestische Risiken				
4	Bei Vater, Mutter oder Geschwister liegen chronische Erkrankungen bzw. Behinderungen vor	1 u. 2	1	
5	Bei Mutter oder Vater liegen psychische Erkrankungen vor	1 u. 2	1	
6	Besondere psychische Belastungen (z.B. familiäre oder berufliche)	6	1	
7	Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)	7	1	
8	Mutter/Vater ist in der Kindheit in einem Heim und/oder Pflegefamilie aufgewachsen		1	
9	Anhaltspunkte für Gewalt in der Familie oder Vorgeschichte der Eltern (!)		2	
Befundrisiken				
10	Nikotinkonsum		1	
11	Abusus (Alkohol, Drogen, Tabletten) in der Schwangerschaft (!)	29	2	
12	Besondere psychische Belastungen (Partnerschaftskonflikte, -trennung, eigene Überforderung) (!)	30	2	
13	Besondere soziale Belastungen (erhebliche finanzielle Probleme/soziale Isolation)	31	1	
Bereits vorherbestehende Kontakte mit der Jugendhilfe				
14	Familie wird von der Jugendhilfe unterstützt (!)		1	
15	Inobhutnahmen / Sorgerechtsentzug (!)		1	
Vorsorgeverhalten				
16	Schwangerschaftsvorsorge – weniger als 5 bei Geburt		1	
17	Erhöhte Anforderungen durch Mehrlinge		1	

Risikobelastungen mit (!) weisen ein erhöhtes Risikopotential auf.

Gesamtscore von Risikofaktoren: _____ davon Risikofaktoren mit (!) _____

Risikofaktoren sollen jeweils einzeln nach dem Ausmaß der individuellen Belastungen bewertet werden, Einstufungen können von 1. zu 2. bzw. 3. Stufe fließend sein.

- 1. Stufe: geringes Risiko bei Score 3:** in der Regel Beobachtung empfohlen; **Betreuung** durch Hebamme und Kinderarzt, kann im Einzelnen je nach Ausmaß der Belastung in 2. Stufe übergehen;
- 2. Stufe: moderates Risiko bei Score 4 – 5 oder Risikofaktor mit (!):** Beobachtung und Begleitung erforderlich, ggf. Unterstützung. **Betreuung** durch Hebamme/Familienhebamme, Kinderarzt obligatorisch, ggf. Frauenarzt, ggf. Gesundheitsamt und/oder Jugendhilfe;
- 3. Stufe: hohes Risiko bei Score ab 6 oder Risikofaktor mit (!):** Begleitung, Unterstützung und Begleitung erforderlich. **Betreuung** durch Hebamme/Familienhebamme, Kinderarzt, ggf. Frauenarzt; ggf. Gesundheitsamt; Jugendhilfe obligatorisch.

Risikofragebogen II

Zielgruppe: Geburtsklinik, Kinderklinik

Name des Kindes:	Vorname:	Geb:	
Parameter	Score	Zutreffend	
Scorezahl aus U1			
Beobachtung und Befunde in der Klinik			
Auffälligkeiten in der Mutter- Kind Beziehung (!): spricht wenig mit dem Kind, kein zärtlicher Umgang, negative Bemerkungen über das Kind	2		
Kümmert sich wenig ums Kind (sieht häufig fern, häufiger Handygebrauch), gibt auffallend häufig Kind ab	1		
Mutter wirkt teilnahmslos, passiv, psychisch auffällig	1		
reagiert unangemessen, wenn Kind schreit oder spuckt	1		
Es bestehen Bedenken bei der Entlassung (!)	2		
Schutzfaktoren			
Sichere Eltern-Kind-Bindung	1 *		
positive Äußerungen über Kind und Elternschaft	1 *		
Soziale Unterstützung durch Freundin, Familie, Nachbarn	1 *		
Angeborene Syndrome, Fehlbildungen oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel- oder langfristigen Konsequenzen	1		

Risikobelastungen mit (!) weisen ein erhöhtes Risikopotential auf.

Gesamtscore von Risikofaktoren: _____ davon Risikofaktoren mit (!) _____

Gesamtscore von Schutzfaktoren: _____

Bemerkungen: _____

Zielgruppe: Kinderarzt im Kinderzimmer der Geburtshilfe, Kinderklinik

Name des Kindes:	Vorname:	Geb:	
		wenn zutreffend, Zahl bzw. Ziffern angeben	
Score aus U1 Zahl angeben			
darunter Risikofaktoren mit (!), Ziffern angeben			
Score aus Risikofragebogen II Zahl angeben			
darunter Risikofaktoren mit (!), Ziffern angeben			
Schutzfaktoren	Ja:	Nein:	
Medizinische Vorsorge und Nachsorge (zutreffendes ankreuzen)	Ja:	Nein:	
Bei Entlassung am 1.Tag oder ambulanter Geburt Wiedervorstellung, z.B. zum Guthrie Test, Bilirubin-Bestimmung			
Beratung zu den Vorsorgeuntersuchungen			
Beratung zum „plötzlichen Kindstod“			
In Geburtsklinik Hinweis auf finanzielle Unterstützung über „die Mutter-Kind-Stiftung“			
Hinweis auf präventive Leistungen der GKV und PKV Suchtprävention, Raucherentwöhnung			
stressreduzierende Maßnahmen			
Niedergelassener Kinderarzt informiert (Name, Telefon)			
Hinweis auf Nachsorge, Frauenarzt informiert (Name, Telefon)			
Kontakt Hebamme/ Familienhebamme (Name, Telefon)			
Kontakt zum Gesundheitsamt (Telefon, Kontaktperson)			
Unterstützung durch Jugendhilfe und andere			
Kontakt zur Jugendhilfe (Telefon, Kontaktperson)			
Kontakt zum Vormund für das Kind bei Mutter < 18 Jahre (Telefon, Kontaktperson)			
Weitere Bemerkungen:			

Zum Einsatz in der kinderärztlichen Praxis (U3, U4)

Name des Kindes:	Vorname:	Geb:	
		Wenn zutreffend, RF Ziffern eintragen	Bei Abnahme von RF Ziffern eintragen
Gesundheitliche Risikofaktoren (RF): Ziffer 4, 5, 9 (!), 11 (!),			
Psychosoziale Risikofaktoren: Ziffer 6, 7, 12 (!), 13, 14			
Angeborene Syndrome, Fehlbildungen oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel- oder langfristigen Konsequenzen		ja:	nein:
Anamnese (zutreffendes Feld ankreuzen)		ja:	nein:
Hinweise auf postpartale Depression			
Hinweis auf kritische Lebensereignisse			
Hinweise auf Schlaf-, Schreistörungen			
Hinweise auf Fütter-, Ernährungsprobleme			
Hinweise auf häusliche Gewalt			
Vorsorge (in zutreffendes Feld jeweils U3, U4 eintragen)		ja:	nein:
Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung: U3, U4			
Eltern/ Elternteil bringen Kind: U3, U4			
Arztwechsel U4			
Befund (zutreffendes Feld ankreuzen)		ja:	nein:
altersgemäß entwickelt			
unruhig, schreit			
schlechter Pflegezustand			
auffällige Interaktion, siehe unter 8.2			
Hinweise auf mütterliche Ablehnung (siehe Bogen von Laucht, siehe 8.3)			
Hinweise auf mütterliche Vernachlässigung (siehe Bogen von Laucht, siehe 8.4)			
Schutzfaktoren vorhanden, siehe unter 8.2			
Beratungen (zutreffendes Feld ankreuzen)		ja	nein
„Plötzlicher Kindstod“, rauchfreie Umgebung			
„Schütteltrauma“			
Hinweis auf präventive Leistungen der GKV und PKV			
Suchtprävention, Raucherentwöhnung			
Stressreduzierende Maßnahmen			
Kontakt zur Hebamme, Familienhebamme			
Weiterleitung SPZ, Schreiambulanz			
Einbeziehung von Gesundheitsamt			
Einbeziehung von Jugendamt, Jugendhilfe			
Weitere Bemerkungen:			

Zum Einsatz in der kinderärztlichen Praxis (U5, U6)

Name des Kindes:	Vorname:	Geb.:
	Wenn zutreffend, RF-Ziffern eintragen	Bei Abnahme von RF-Ziffern eintragen
Gesundheitliche Risikofaktoren (RF): Ziffer 4, 5, 9 (!), 11 (!)		
Psychosoziale Risikofaktoren: Ziffer 6, 7, 12 (!), 13, 14		
Angeborene Syndrome, Fehlbildungen oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel- oder langfristigen Konsequenzen	ja:	nein:
Anamnese (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja:	nein:
Hinweise auf postpartale Depression		
Hinweis auf kritische Lebensereignisse		
Hinweise auf Schlaf-, Schreistörungen		
Hinweise auf Fütter-, Ernährungsprobleme		
Chronische Krankheit, chronische Infektionen		
Hinweise auf Verletzungen, Unfälle		
Zurückliegender Krankenhausaufenthalt		
Hinweise auf häusliche Gewalt		
Vorsorge (in zutreffendes Feld jeweils U5, U6 eintragen)	ja:	nein:
Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung: U5, U6		
Eltern/ Elternteil bringen Kind: U5, U6		
Arztwechsel U4		
Arztwechsel U5		
Arztwechsel U6		
Befund (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja:	nein:
altersgemäß entwickelt		
unruhig, schreit		
schlechter Pflegezustand		
auffällige Interaktion, siehe unter 8.2		
Hinweise auf mütterliche Ablehnung (siehe Bogen von Laucht, siehe 8.3)		
Hinweise auf mütterliche Vernachlässigung (siehe Bogen von Laucht, siehe 8.4)		
Schutzfaktoren vorhanden, siehe unter 8.2		
Beratungen (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja	nein
rauchfreie Umgebung		
„Schütteltrauma“		
Unfallprävention		
Ernährung, Kariesprophylaxe		
Hinweis auf präventive Leistungen der GKV und PKV		
Suchtprävention, Raucherentwöhnung		
Stressreduzierende Maßnahmen		
Kontakt zur Familienhebamme		
Weiterleitung Frühförderung		
Weiterleitung SPZ, Schreiambulanz		
Einbeziehung von Gesundheitsamt		
Einbeziehung von Jugendamt, Jugendhilfe		
Weitere Bemerkungen:		

Risikobogen VI und Nachverfolgungsbogen
Zum Einsatz in der kinderärztlichen Praxis (U7)

Name des Kindes:	Vorname:	Geb.:
	Wenn zutreffend, RF-Ziffern eintragen	Bei Abnahme von RF-Ziffern eintragen
Gesundheitliche Risikofaktoren (RF): Ziffer 4, 5, 9 (!), 11 (!)		
Psychosoziale Risikofaktoren: Ziffer 6, 7, 12 (!), 13, 14		
Angeborene Syndrome, Fehlbildungen oder neonatal erworbene Erkrankungen mit mittel- oder langfristigen Konsequenzen	ja:	nein:
Anamnese (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja:	nein:
Hinweis auf kritische Lebensereignisse		
Hinweise auf Schlaf-, Fütter-, Schreistörungen		
Hinweise auf Trotzreaktionen		
Chronische Krankheiten, chronische Infektionen		
Hinweise auf Verletzungen, Unfälle		
Zurückliegender Krankenhausaufenthalt		
Hinweise auf häusliche Gewalt		
Vorsorge (in eintragen)	ja:	nein:
Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung: U7		
Eltern/ Elternteil bringen Kind: U7		
Arztwechsel U4		
Arztwechsel U5		
Arztwechsel U6		
Befund (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja:	nein:
altersgemäß entwickelt		
Unruhig, distanzlos		
schlechter Pflegezustand		
auffälliges Bindungsverhalten, siehe unter 8.2		
auffällige Interaktion, siehe unter 8.2		
Schutzfaktoren vorhanden, siehe unter 8.2		
Beratungen (zutreffendes Feld ankreuzen)	ja	nein
rauchfreie Umgebung		
Ernährung, Kariesprophylaxe, Schnuller		
Unfallverhütung (Treppe sichern, Verbrennen, Ertrinken)		
Weiterleitung Frühförderung		
Weiterleitung SPZ, Schreiambulanz		
Einbeziehung von Gesundheitsamt		
Einbeziehung von Jugendamt, Jugendhilfe		
Weitere Bemerkungen:		

8.2 Erläuterungen zu den Risikobögen zu U3, U4, U5, U6, U7

Hinweise auf Interaktionsstörungen:

Mutter wirkt passiv und teilnahmslos, spricht wenig mit dem Kind, kein zärtlicher Umgang, nimmt Signale des Kindes nicht wahr, sie macht negative Bemerkungen, häufige Handy-Nutzung, „wenig Zeit für das Kind“, impulsiver, inkonsequenter Erziehungsstil.

Schutzfaktoren:

Liebevoller, zärtlicher Umgang mit dem Kind, Mutter wird von der Familie (Eltern, Geschwistern) und/oder von Nachbarin, Freundin unterstützt

Ergänzung zu U5, U6, U7

Hinweise auf Bindungsstörungen:

Bindungsqualitäten des Säuglings (ab 8 Monate) und Kleinkindes sind zu beurteilen (s. Brisch, 10). Wie verhält sich das Kind, wenn die Mutter z. B. den Untersuchungsraum in der Praxis verlässt und wenn sie zurückkehrt.

Bindungsqualität	sicher	unsicher-vermeidend	unsicher-ambivalent
Verhalten des Kindes bei Trennung von der Mutter	Trennungsprotest: Weinen, Rufen Nachlaufen, Suchen nach der Mutter, Unterbrechung des Spieles	Wenig oder kein Trennungsprotest, Einschränkung im explorativen Spiel	Extremer Trennungsprotest, Klammern, panikartiges Weinen
Verhalten des Kindes bei Rückkehr der Mutter	Freudige Begrüßung Der Mutter, Suche nach Körperkontakt, unmittelbare Beruhigung, Fortführung des Spieles	Vermeidung oder Ignorieren der Mutter, kein Körperkontakt, kein Blickkontakt, Vergrößerung der Distanz zur Mutter	Keine Beruhigung, extremes Klammern, Weinen und aggressives Verhalten gleichzeitig, kein Rückkehr zum explorativen Spiel

8.3 Tabelle 1

Mütterliche Ablehnung im frühen Säuglingsalter

Quelle: Schmidt, M.H., Laucht, Martin (20)

Name des Kindes:	Vorname:	Geb:
Kriterien zur Einschätzung (zutreffendes ankreuzen)		ja Nein
<i>strenge</i> Erziehungshaltungen (Kind muss mit seinen „Launen“ alleine fertig werden)		
<i>harte</i> erzieherische <i>Praktiken</i> (häufiger: Schläge, Anschreien, Schütteln)		
<i>wenig</i> Körperkontakt und <i>Zärtlichkeit</i>		
<i>wenig</i> erkennbare <i>Freude</i> (im Umgang mit dem Kind wenig herzlich, Betonung sachlicher Aspekte)		
Häufige <i>Kritik</i> am Kind (Kind „schlecht machen“, als besonders schwierig darstellen)		
Übermäßige Betonung der <i>Belastung</i> durch das Kind und der Opfer, die von der Mutter zu erbringen sind		
Häufige Übertragung der <i>Betreuung</i> des Kindes an andere Personen ohne <i>triftigen</i> Grund		

8.4 Tabelle 2

Mütterliche Vernachlässigung im frühen Säuglingsalter
Quelle Schmidt, M.H., Laucht, Martin (20)

<i>Name des Kindes:</i>	<i>Vorname:</i>	<i>Geb:</i>
<i>Kriterien zur Einschätzung (zutreffendes ankreuzen)</i>	ja	Nein
Mangelnde oder inadäquate Anregung (Kind in den Wachzeiten häufig sich selbst überlassen: häufiger Fernsehkonsum“)		
Mangelnde Aufsicht (Säugling häufig ohne angemessene Betreuung allein lassen)		
Mangelnde Pflege (unregelmäßige, unangemessene Ernährung, unangemessene Kleidung, unregelmäßiges Wickeln, Säubermachen, mangelnde Körperpflege/Hygiene)		
Missachtung der Gesundheit (starkes Rauchen bei Säuglingen mit Bronchitis oder anderen schweren Atemwegserkrankungen; Nichteinhaltung wichtiger Arzttermine)		

DOKUMENTATION (VERDACHT AUF) KINDESMISSHANDLUNG/VERNACHLÄSSIGUNG/ SEXUELLER MISSBRAUCH

Der Dokumentationsbogen entstand in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Institut für
Rechtsmedizin, Prof Dr. K. Püschel und Prof Dr. E. Miltner.

Personalien des Kindes (gegebenenfalls Adressenabdruck)

(Praxisstempel)

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

1. Kurze Sachverhaltsschilderung

Anlass des Arztbesuchs, Vorfallszeit, Hergang, Art der Gewalt

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

Größe, Gewicht; Auffälligkeiten bzgl. Ernährungszustand, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung

Haut

- Detaillierte Dokumentation, Vermessung, genaue Angabe der Lokalisation, erkennbare Formung und Alterseinschätzung aller Verletzungen - Rötungen, Schwellungen, Hämatome, Abschürfungen, Wunden, Schleimhautläsionen z. B. im Mund - insbesondere z. B. Doppelstriemen, Griffspuren, Bissmarken, petechiale Lid- und Bindehautblutungen
- Skizze verwenden
- Wenn möglich Fotos mit Maßstab
- Verborgene Läsionen beachten, z. B. am behaarten Kopf

Innere Verletzungen

- Innere Blutungen, Organverletzungen, Frakturen
- Röntgenologische Befunde, evtl. Ultraschall, CT, Knochenszintigraphie
- Altersschätzung, insbes. von Frakturen
- Hinweise auf Schütteltrauma? Augenhintergrundsveränderungen?
- Neurologische Auffälligkeiten

Genitale/ anale Befunde

- Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen
- Hymenalfund (Öffnung normal bis 0,5 cm im fünften Lebensjahr)
- Evtl. kindergynäkologische Untersuchung!

4. Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, psychischer Befund; soziale Situation Psyche, Verhalten

z. B. situationsgerechtes Verhalten

- überängstlich, überangepasst, verschlossen
 - eigenartig unbeweglich, beobachtend (sog. „frozen watchfulness“)
 - „sexualisiertes“ Verhalten, ungewöhnlicher Wortschatz
 - Hinweise auf Essstörungen
 - evtl. Alkohol-/Drogen-/Medikamenteneinfluss?
-
-
-
-

Soziale/familiäre Verhältnisse

z. B. Anzahl Geschwister, bekannte Misshandlungsproblematik

- Erziehungsberechtigte(r), Elternhaus
 - Berufstätigkeit (evtl. Arbeitslosigkeit), Wohnverhältnisse
-
-
-
-

5. Auffälligkeiten bei den Eltern/der Begleitperson

z. B. wer kommt mit dem Kind zum Arzt, Motivation

- Zeitverzögerung bzw. ungewöhnliche Tageszeit des Arztbesuchs
 - ungewöhnliches Besorgnisverhalten
 - Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursachen und Befund
 - Verschweigen früherer Verletzungen
 - häufiger Arztwechsel
 - Alkohol/Drogenproblem von Bezugspersonen
-
-
-
-

6. Diagnose/Differenzialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
körperliche Misshandlung	☐	☐
sexueller Missbrauch	☐	☐
Vernachlässigung	☐	☐
seelische Misshandlung	☐	☐

Sonstige Differenzialdiagnose

z. B. Gerinnungsstörung, Stoffwechselstörung, Malabsorption, Unfall (evtl. wiederholt)

7. Spurensicherung (bei akuten, schwerwiegenden Fällen)

Die Spurensicherungsmaßnahmen sollten generell so früh wie möglich (vor Reinigungsmaßnahmen) durchgeführt werden, am Körper spätestens innerhalb 24 bis 48 Stunden. Trockene Sekretspuren an Kleidungsstücken oder anderen Spurenträgern sind auch länger verwertbar.

- Rückfrage gegebenenfalls - je nach Sachlage - beim Institut für Rechtsmedizin oder im Landeskriminalamt
- Einsendung z. B. an das Institut für Rechtsmedizin

	Durchgeführte Sicherungsart bitte ankreuzen:	☐
am Körper Sicherungsart:	z. B. Blut-/Sekretspuren vom Täter (Fingernägel gegebenenfalls durch Kriminaltechnik) · Mulltupfer mit Wasser anfeuchten und Spur aufnehmen · Neutralprobe von nicht verschmutztem Hautbereich nehmen, beide Mulltupfer · getrennt verpacken (Plastikdose)	☐
Schamhaare sichern Sicherungsart:	· mit Kamm auskämmen · ca. 10-20 Vergleichsschamhaare des Opfers kurz über der Haut abschneiden und getrennt verpacken	☐
Abstriche Sicherungsart:	Vagina min. 2 Abstriche (Introitus-Bereich, Vaginalkanal und -gewölbe, evtl. Zervikalkanal), gegebenenfalls Mund und Anus, je nach Sachverhalt · Mulltupfer (bitte getrennt verpacken und mit Entnahmeregion kennzeichnen), Lufttrocknung · möglichst zusätzlich Objektträger (nicht zudecken)	☐
sonstige Spurenträger Sicherungsart:	z. B. Slip, gegebenenfalls Tampon oder Binde	☐

8. Prozedere

z. B. Wiedereinbestellung,
weitere Konsiliaruntersuchungen,
Krankenhauseinweisung,
Meldung an Soziale Dienste, Kinderschutzbund, sonstige Institution.

[illegible]

Gewalt gegen Kinder - Ein Leitfaden für Früherkennung,
Handlungsmöglichkeiten und Kooperation

Internet: www.gewalt-gegen-kinder.de