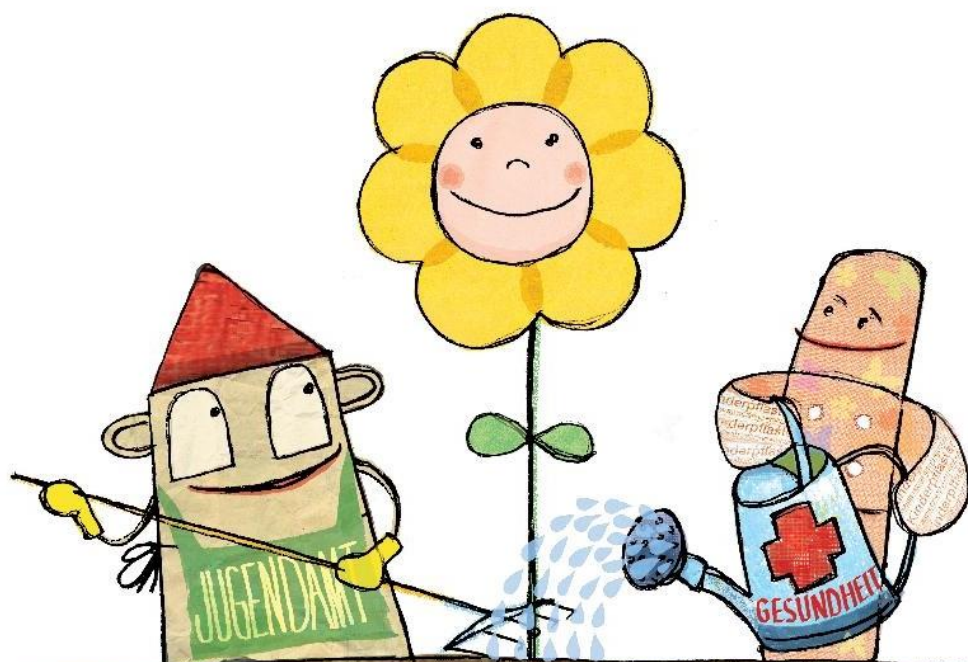


Fokus 2

Kinderschutz in Mecklenburg-Vorpommern



Kooperation im Kinderschutz:
Jugendhilfe und Gesundheit



Fokus 2

Kinderschutz in Mecklenburg-Vorpommern

1. Auflage, Juli 2014

1. Auflage 2014 (2000 Exemplare)

Idee und Realisierung:

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg und Bündnis Kinderschutz MV – Start gGmbH

Redaktionelle Bearbeitung:

Hans Leitner und Michael Bock, Start gGmbH

Covergestaltung und Illustration:

Andrea Riebe und Raik Lüttke, projektbarfuss

Druck:

Altstadt-Druck GmbH

Erstellung und Druck dieser Broschüre wurden durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen der Arbeit des Bündnis Kinderschutz MV realisiert und gefördert sowie über Gelder aus dem Geldauflagen-Marketing des Kinderschutzfonds/Start gGmbH finanziert.

Unterstützen Sie die Arbeit vom Bündnis Kinderschutz MV mit Ihrer Spende:

Sonderkonto Start gGmbH – Kinderschutzfonds

IBAN DE46 1305 0000 0201 0109 76

BIC NOLADE21ROS

OstseeSparkasse Rostock

Hans Leitner, Jenny Troalic und Michael Bock (Hg.)

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg und

Bündnis Kinderschutz MV (Geschäftsstelle)

Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und Gesundheit

Inhalt

Vorwort	4
<i>Hans Leitner, Jenny Troalic und Michael Bock, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH und Bündnis Kinderschutz MV</i>	
Handbuch des Weltärztebundes der Deklarationen, Erklärungen und Entschlüsseungen	7
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH (Bearbeitung)</i>	
Die Sicherung des Kindeswohl als fachlicher Standard ärztlichen Handelns.	17
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH (Bearbeitung)</i>	
Kinderschutz im Kontext der ärztlichen Berufsordnung	21
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH</i>	
Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Brandenburger Leitfaden. Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme	26
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH (Bearbeitung)</i>	
„Somatisierung“ als diagnostische Beobachtung im Kinderschutz! Kinderschutz als gemeinsame Aufgabe von Jugendhilfe und Gesundheit!	30
- Ein zugespitzter Beitrag für eine gewünschte Debatte –	
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH in Zusammenarbeit mit Dipl.- med. Hendrik Karpinski Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Niederlausitz</i>	
Die Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz	35
<i>Prof. Dr. med. Britta Bockholdt, Institut für Rechtsmedizin Universitätsmedizin Greifswald</i>	
Rechtsmedizinische Befunddokumentation nach Körperverletzungen	41
<i>Anne Port, Andreas Büttner, Ulrich Hammer, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Rostock</i>	
Kinderschutz: Wann Ärzte reden dürfen	53
<i>Dr. Ingo Pflugmacher ist Fachanwalt für Medizin- und Verwaltungsrecht</i>	

Datenschutz im Kinderschutz: Beantwortung offener Fragen aus der Fachtagung zum Bundeskinderschutzgesetz	57
<i>Michael Bock, Start gGmbH/Bündnis Kinderschutz Mecklenburg-Vorpommern in Zusammenarbeit mit Werner Baulig, Mitarbeiter beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern</i>	
Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der stationären Jugendhilfe (JH) vor dem Hintergrund einer langjährigen Kooperationsvereinbarung	68
<i>Dipl.- Psych. Gabor Nagy in Zusammenarbeit mit Chefarzt Dr. Manfred Blüten AMEOS Klinikum Ueckermünde</i>	
Vernetzte Fallarbeit als Form der Kooperation bei Kindeswohlgefährdung zwischen Klinik, Gesundheits-, Sozial- und Jugendamt	82
<i>Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH</i>	
Das Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg	101
<i>Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin und Simone Weber-Karpinski, Geschäftsführerin der Klinikum Campus GmbH sowie Klinikum Campus Service GmbH</i>	
Das Ehrenamt hat Sorge!	110
Netzwerk Gesunde Kinder als Frühe Hilfe und präventiver Beitrag zum Kinderschutz	
<i>Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH</i>	
Kinderschutzkonzept aus Sicht einer Kinderklinik	123
<i>Priv. Doz. Dr. med. habil. Thomas Erler, Dr. med. Eva Matzker, Dr. med. Thomas Schmidt Carl-Thiem-Klinikum Cottbus</i>	

Vorwort

Hans Leitner, Jenny Troalic und Michael Bock Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Bündnis Kinderschutz Mecklenburg-Vorpommern

Die Kooperation der Bereiche Jugendhilfe und Gesundheit ist in den letzten Jahren sowohl in Praxis vor Ort als auch in der Politik zu einem bedeutsamen und politisch anerkannten Thema geworden. Bereits seit dem 13. Kinder- und Jugendhilfebericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2009) ist dieses Thema bundespolitisch gesetzt.

Grundsätzlich kann mit Blick auf die Förderung und den Schutz des einzelnen Kindes von einer Wunsch-Kooperation beider Bereiche ausgegangen werden, der im Alltag jedoch immer wieder Kooperationshemmnissen entgegenstehen. Letztere bedingen sich insbesondere durch wechselseitig bestehende Unkenntnis und teils überzogene Erwartungen, durch eine den Kooperationspartner (be)treffende delegierende, intervenierende und kompensierende Grundhaltung bei Erreichung der eigenen Systemgrenze, die Verortung von Kooperation im Fakultativen neben einer zunehmend hohen Fallbelastung und dem wachsenden Falldruck oder den je nach Bereich unterschiedlichen Haltungen, Denk- und Arbeitsstilen mit den nicht immer übereinstimmenden fachlichen Sprachcodes.

Aber nicht nur eindimensional in Bezug auf die Bearbeitung eines Einzelfalls wird Kooperation gelebt, sondern über die konkrete Fallbearbeitung hinaus spiegelt sie sich wieder in den verschiedensten bereichsübergreifenden Arbeitsformen, wie die der Fallreflexion, der Konzeptentwicklung,

zum Zweck der Prozesssteuerung, zum Erfahrungsaustausch, zur Organisation und Durchführung von Fachveranstaltungen oder Fortbildung, zur Planung und Realisierung von Aktionen gemeinsamer und damit abgestimmter Öffentlichkeitsarbeit oder bei Maßnahmen zur Evaluation.

Fach- und familienpolitisch bereits überfällig stehen die Themen Frühe Hilfen und Kinder-schutz heute besonders im Blick von Kommunalpolitik und Öffentlichkeit.

In der Broschüre wird ein Einblick in den Stand der Praxis in den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zum Thema Kooperation an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheit gegeben. Diese Kooperation und Netzwerkentwicklung stellen im Rahmen der Arbeit der Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg und des Bündnisses Kinderschutz MV seit Jahren einen deutenden Schwerpunkt dar. Dabei gilt es zunächst immer das eigene Selbstverständnis beider Bereiche selbstbewusst zu stärken und das sach- und fachbezogene Verstehen für den Partner weiterzuentwickeln.

Im Rahmen der einzelnen Artikel werden thematisch verschiedene Aspekte der beiden Arbeitsbereiche unter dem Fokus einer möglichen und notwendigen Kooperation dargestellt. Da geht es beispielsweise um den ärztlichen Versorgungsauftrag, der sich grundsätzlich auch auf die Frage des Kindeswohls bezieht oder um empfehlende Standards zur Sicherung des Kindeswohls für den Bereich Gesundheit bis hin zur qualifizierten Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche oder dem „Phänomen“ einer kinderschutzrelevanten Somatisierung aus ärztlicher Sicht.

Aber auch ganz alltagspraktische, fachlich-strukturelle Fragestellungen werden behandelt, so die Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz oder die Ausgestaltung der ärztlichen Schweigepflicht unter dem Fokus der Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes.

Einige Artikel beschäftigen sich zudem mit spezifischen Schnittstellen, so zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kliniken, Gesundheits- und Sozialamt.

Aber auch interne Abläufe bzw. Verfahren in verschiedenen Bereichen des Bereiches Gesundheit werden dargestellt, so der Umgang mit kindeswohlgefährdenden Beobachtung von Ehrenamtlichen im Rahmen der Paten/innentätigkeit im Netzwerk Gesunde Kinder oder bezogen auf das Kinderschutzkonzept einer Klinik.

Handbuch des Weltärztebundes der Deklarationen, Erklärungen und Entschlieungen¹

Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Bündnis Kinderschutz MV, c/o Start gGmbH (Bearbeitung)

Im vorliegenden Artikel sind kinderschutzrelevante Auszüge aus diesem Handbuch zusammengestellt und im Sinne einer Handlungsorientierung bearbeitet.

Im Juli 1945 fand in London eine informelle Konferenz von Ärzten/innen aus mehreren Ländern mit dem Ziel statt, eine internationale Ärzteorganisation zu gründen, welche die 1926 gegründete, 23 Mitgliedstaaten umfassende "Association Professionnelle Internationale des Médecins" ersetzen sollte, die mit dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs ihre Arbeit eingestellt hatte. Dieses neue Gremium ist der Weltärztebund. Der Weltärztebund versucht, einen hohen insbesondere ethischen Standard im Gesundheitswesen zu fördern sowie Ärzten/innen in Form von Deklarationen und Stellungnahmen Handlungsorientierungen zu geben. Deutsches Mitglied ist die Bundesärztekammer.

Das vorliegende Handbuch ist eine Zusammenstellung von (Konsens-) Erklärungen des Weltärztebundes zu einer Reihe von Fragen, die natürlich auch Aspekte des Kinderschutzes berühren oder diese unmittelbar betreffen.

Im Sinne eines internationalen Konsens sind die Inhalte dieses Handbuches sowohl ethische als auch fachliche Orientierung für Deutschlands Ärzte/innen.

¹ Deutsche Fassung 2008. 384 Seiten. ISBN: 978-3-7691-3331-8. Online unter: <https://www.yumpu.com/de/document/view/19447178/weltarztebund-handbuch-der-deklarationen-erklarungen-und-entschlieungen>

Mit der Deklaration zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung² wird darauf hingewiesen, dass bei Kindesmisshandlungen ärztlicherseits alle erforderlichen Maßnahmen getroffen werden müssen, um Kinder vor allen Formen der Vernachlässigung oder vernachlässigenden Behandlung, physischer und mentaler Gewalt, Misshandlung, Verletzung oder Missbrauch einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen. In diesem Zusammenhang wird ausdrücklich auf die Leitlinien in der Erklärung des Weltärztebundes zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern hingewiesen. Diese Deklaration hat unmissverständlich Eingang in die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) zur Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung unter Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) § 4 gefunden.

In der Erklärung zur Gewalt in der Familie³ heißt es unter Verweis u. a. auf die Erklärung zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern, dass sich der Weltärztebund intensiv mit dem Thema Gewalt und speziell Gewalt in der Familie als ein Problem der öffentlichen Gesundheit beschäftigt.

Als Gewalt in der Familie bezeichnet man die physische und/oder emotionale Misshandlung einer Person durch jemanden, der mit dem Opfer eng verwandt ist. Dieser Begriff umfasst Tötlichkeiten gegen Familienangehörige (zuweilen auch als Misshandlung des Partners, Ehepartners oder der Ehefrau bezeichnet), physische Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern, Misshandlung älterer Menschen und in vielen Fällen sexuellen Missbrauch.

² Deklaration des Weltärztebundes von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung verabschiedet von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes Ottawa, Kanada, Oktober 1998

³ Erklärung des Weltärztebundes zur Gewalt in der Familie verabschiedet von der 48. Generalversammlung des Weltärztebundes, Somerset West, Republik Südafrika, Oktober 1996, und sprachlich überarbeitet auf der 174. Vorstandssitzung, Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

Gewalt in der Familie gibt es in jedem Land der Welt, ist geschlechtsübergreifend und überschreitet alle rassischen, ethnischen, religiösen und sozioökonomischen Grenzen. Obgleich sich die Definition dieser Fälle von Kulturkreis zu Kulturkreis unterscheidet, stellt Gewalt in der Familie aufgrund der vielen Todesfälle, Verletzten und der seelischen Schäden, die die Opfer erleiden, ein Hauptproblem der öffentlichen Gesundheit dar. Der physische und emotionale Schaden kann bei vielen Opfern zu chronischen oder sogar lebenslangen Behinderungen führen. Durch Gewalt in der Familie steigt für die Opfer das Risiko, an Depressionen und Angstzuständen zu erkranken, in Abhängigkeit von Suchtstoffen zu geraten sowie zu einem selbstzerstörerischen Verhalten zu neigen, das bis zum Selbstmord führen kann. Oftmals werden die Opfer zu Tätern oder gehen später gewalttätige Beziehungen ein. Obwohl es in diesem Dokument zwar in erster Linie um das Wohl des Opfers geht, sollte die Notlage des Täters jedoch nicht außer Acht gelassen werden.

Man wird sich mehr und mehr darüber im Klaren, dass es wichtiger ist, über Gewalt in der Familie nachzudenken und gezielt Maßnahmen zu ergreifen als sich auf ein bestimmtes Opfer oder eine bestimmte gesellschaftliche Gruppe zu konzentrieren. In vielen Familien, in denen es zum Beispiel zwischen den Partnern zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommt, kann es auch zur Misshandlung von Kindern und/oder älteren Menschen kommen, die von einem einzigen Täter ausgehen. Darüber hinaus spricht vieles dafür, dass Kinder, die misshandelt wurden oder Zeuge von Gewalttätigkeiten gegen andere Familienmitglieder waren, später als Jugendliche oder Erwachsene verstärkt Gefahr laufen, wieder Opfer von Misshandlungen zu werden und/oder selbst zu Tätern werden. Schließlich deuten die neuesten Erkenntnisse darauf hin, dass Opfer von Gewaltanwendungen in der Familie auch eher zu Gewalttätigkeiten gegen Menschen außerhalb des Familienkreises neigen. All dies lässt darauf schließen, dass jeder Fall von Gewalt in der Familie nicht nur weitere Gewaltanwendungen in der Familie, sondern auch eine

zunehmende Bereitschaft zur Anwendung von Gewalt überall in einer Gesellschaft zur Folge hat.

Obwohl die Gründe für Gewaltanwendungen in der Familie komplex sind, so sind doch viele Faktoren bekannt, die dazu beitragen. Dazu zählen Armut, Arbeitslosigkeit, andere exogene Belastungen, die Bereitschaft, Streitigkeiten mit Gewalt zu lösen, Abhängigkeit von Suchtstoffen, insbesondere Alkoholmissbrauch, starre Rollenverteilung zwischen Mann und Frau, mangelhafte erzieherische Fähigkeiten, problematische Verteilung der Aufgaben in der Familie, unrealistische Erwartungen an andere Familienmitglieder, zwischenmenschliche Konflikte innerhalb der Familie, tatsächliche oder von den Tätern/innen angenommene physische oder psychologische Schwäche von Opfern, intensive Beschäftigung des Täters/in mit Macht und Gewalt und u. a. die soziale Isolation der Familie.

Bei der Prävention und Behandlung von Gewalt in der Familie kommt den Ärzten/innen eine wichtige Aufgabe zu. Natürlich behandeln sie die aus Misshandlungen resultierenden Verletzungen, Krankheiten und psychischen Probleme. Aufgrund der therapeutischen Beziehungen zwischen Ärzten/innen und Patienten/innen haben die Opfer die Möglichkeit, ihnen aktuelle bzw. früher erfolgte Misshandlungen vertraulich mitzuteilen. Ärzte/innen sollten sich routinemäßig nach Gewaltanwendungen in der Familie erkundigen, insbesondere wenn ihnen im Krankenhaus Verletzungen auffallen, die mit Misshandlungen in Verbindung stehen könnten. Sie können den Patienten/innen dabei helfen, wie sie sich schützen können und ihnen gemeinnützige Einrichtungen nennen, die ihnen Schutz bieten und/oder aktiv in die von Gewalt geprägte Beziehung eingreifen. Sie können Patienten/innen über die negativen Auswirkungen von Gewalt in der Familie aufklären, über Stressmanagement, über Möglichkeiten zur Behandlung psychischer Erkrankungen sowie über erzieherische Fähigkeiten und Kenntnisse als Weg, um Gewalttätigkeiten im Vorfeld

vorzubeugen. Schließlich können sich Ärzte/innen in ihrer Eigenschaft als Bürger, führende Persönlichkeiten in der Gemeinschaft und als medizinische Sachverständige in lokalen und nationalen Aktionen zur Eindämmung der Gewalt in der Familie engagieren.

Der Weltärztebund empfiehlt den nationalen Mitgliedsorganisationen die Verabschiedung der folgenden Leitlinien für Ärzte/innen. Demnach sollten Ärzte/innen

- in seiner Ausbildung ausreichend über die medizinischen, soziologischen, psychologischen und präventiven Aspekte jeder Art von Gewalt in der Familie informiert werden. Dazu gehört die Ausbildung in der medizinischen Fakultät über die allgemeinen Grundsätze, fachspezifische Informationen während der Facharztausbildung und Fortbildungsveranstaltungen über Gewalt in der Familie. In der Ausbildung befindliche Ärzte/innen müssen während ihrer Ausbildung hinreichend über die Rolle der Geschlechter, Machtausübung und andere familienbezogene Probleme, die zur Anwendung von Gewalt in der Familie beitragen, informiert werden.
- wissen, wie die Anamnese einer vorliegenden bzw. zurückliegenden Misshandlung unter Berücksichtigung der kulturellen Herkunft des Opfers in angemessener Weise aufzunehmen ist.
- im Rahmen ihrer allgemeinen medizinischen Untersuchungen oder als Reaktion auf aufschlussreiche klinische Erkenntnisse regelmäßig und aufmerksam Anzeichen prüfen, die die Notwendigkeit weiterer Evaluierungen in Bezug auf eine vorliegende oder zurückliegende Misshandlung angebracht erscheinen lassen.
- in Wartezimmern und Unfallstationen Broschüren, Videobänder und/oder anderes Informationsmaterial auslegen, um den Patien-

ten/innen allgemeine Informationen über Gewalt in der Familie an die Hand zu geben und sie über lokale Hilfseinrichtungen zu informieren.

- soziale sowie andere Hilfseinrichtungen, an die sich die Opfer von Misshandlungen wenden können, kennen, auf diese hinweisen und regelmäßig mit ihnen zusammenarbeiten.
- sich bewusst sein, dass sie strikte Vertraulichkeit bei Fällen von Gewalt in der Familie bewahren sowie über entsprechende Falldokumentationen und alle lokalen und nationalen Meldepflichten unterrichtet sein müssen.
- darin bestärkt werden, an koordinierten Aktivitäten der Gemeinschaft teilzunehmen mit dem Ziel, das Ausmaß und die Auswirkungen von Gewalt in der Familie zu reduzieren.
- darin bestärkt werden, gegenüber Personen, in deren Familie es zu Gewaltanwendungen gekommen ist, eine bewertungsfreie Einstellung einzunehmen, damit sie verstärkt Einfluss auf Opfer, Überlebende und Täter nehmen können. Beispielsweise sollte das Verhalten beurteilt werden, nicht aber die Person.

Nationale Ärzteorganisationen sollten die Koordinierung von Maßnahmen gegen Gewalt in der Familie zwischen und unter den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens, den Strafrechtssystemen, Vollzugsbehörden, Familien- und Jugendgerichten sowie Verbrechensofferhilfsorganisationen unterstützen und fördern. Außerdem sollten sie das öffentliche Bewusstsein sensibilisieren und die Allgemeinheit verstärkt informieren.

Nationale Ärzteorganisationen sollten die Forschung unterstützen und fördern, um mehr über die Häufigkeit, die Risikofaktoren, die Folgen sowie die optimale Betreuung der Opfer von Gewalt in der Familie zu erfahren.

In der Erklärung zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern⁴ wird festgesetzt, dass eine der destruktivsten Manifestationen von Aggressivität im Zusammenleben einer Familie die Misshandlung und Verwahrlosung von Kindern ist. Prävention, frühzeitiges Erkennen der Notlage und umfassende Behandlung der Opfer von Kindesmisshandlung bilden nach wie vor eine Herausforderung an die Ärzteschaft der Welt. Diesbezüglich heißt es weiter, dass sich diese Feststellung konkret bezieht auf verschiedene Formen der Kindesmisshandlung im physischen, sexuellen und emotionalen Bereich. Kindesverwahrlosung bezieht sich demnach auf das Unvermögen eines Elternteils oder sonstiger Sorgeberechtigter, die Grundbedürfnisse eines Kindes zu erfüllen und eine angemessene Versorgung sicherzustellen.

Ärzte/innen haben diesbezüglich eine besondere und einzigartige Aufgabe bei der Aufdeckung von Kindesmisshandlung und bei der Hilfe für die Betroffenen, sowohl für das Kind wie für die verhaltensgestörte Familie. Dabei wird dem Arzt bzw. der Ärztin dringend der Anschluss an ein erfahrenes multidisziplinäres Gremium empfohlen. Zu einem solchen Gremium gehören Ärzte/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychiater/innen und Kinderpsychiater/innen, Entwicklungsspezialisten/innen, Psychologen/innen und Rechtswissenschaftler/innen. Wenn die Möglichkeit der Mitarbeit in einem Team nicht gegeben ist, muss der einzelne Arzt sich mit Kollegen sowie Mitarbeitern des Sozial- und Rechtswesens und psychiatrischer Einrichtungen beraten.

Die Diagnose von Kindern, die vermutlich misshandelt worden sind, sollte von qualifizierten Pädiatern durchgeführt werden, die zudem große Erfahrungen in der Diagnose missbrauchter Kinder haben. Die ärztliche Diagnose muss auf das Alter, die Verletzungen und den Gesundheitszustand zugeschnitten sein

⁴ Erklärung des Weltärztebundes zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern verabschiedet von der 36. Generalversammlung des Weltärztebundes Singapur, Oktober 1984 i. d. F. v. Oktober 2006

und kann - ohne darauf beschränkt zu sein - eine Blutuntersuchung, eine Röntgenaufnahme der vorhandenen Traumen sowie einen Bericht über beobachtetes Verhalten des Kindes und einen Entwicklungsbericht enthalten. Dringend empfohlen werden weitere Röntgenaufnahmen bei Kindern, die schwerwiegende, offensichtlich auf Misshandlung zurückzuführende Verletzungen aufweisen.

Zur ärztlichen Diagnose und Behandlung sexuell missbrauchter Kinder gehören eine vollständige Anamnese und Untersuchung, da körperlicher und sexueller Missbrauch oftmals einhergehen; eine körperliche Untersuchung der Genitalien und des Anus; die Sammlung und Verwendung von Beweismaterial, einschließlich Fotos; und die Behandlung und/oder Verhinderung von Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten.

Ärzte/innen sollten in der Lage sein, die Intaktheit des Familienlebens, soweit sie Bezug auf den Schutz der Kinder hat, zu beurteilen: sie sollten erkennen und abwägen können, welche Auswirkungen eheliche Beziehungen, erzieherische Gepflogenheiten, wirtschaftliche Zwänge, emotionale Probleme, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit sowie sonstige Suchterscheinungen auf die Kindesmisshandlung haben.

Da die Symptome einer Misshandlung oftmals subtil sind, sollte die Diagnose ausführliche und behutsame Gespräche mit dem Kind, den Eltern, den Fürsorgeberechtigten und den Geschwistern umfassen. Widersprüche zwischen der/den Erklärung(en) und den charakteristischen Merkmalen der Verletzung(en) wie Schweregrad, Art und Alter, lassen in der Regel auf eine Misshandlung schließen.

Bei jedem Kind, das in eine medizinische Einrichtung eingeliefert wird, müssen zuallererst die akuten medizinischen und mentalen Gesundheitsprobleme behandelt werden. Besteht der Verdacht auf eine Misshandlung, müssen vor

der Entlassung aus der medizinischen Einrichtung Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden. Dies können folgende Maßnahmen sein: a) Meldung aller Verdachtsfälle an die Kinderschutzorganisationen und/oder b) In der ersten Ermittlungsphase Einweisung misshandelter und schutzbedürftiger Kinder ins Krankenhaus und/oder c) Mitteilung der Diagnose an die Eltern, wenn sicher ist, dass letztere die Diagnose verkraften und/oder d) Bericht über die Verletzungen an die Hilfsorganisationen.

Falls die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich wird, muss unverzüglich festgestellt werden, welche physischen, emotionalen und Entwicklungsprobleme vorliegen. Diese umfassende Untersuchung sollte von fachkundigen Ärzten/innen oder einem multidisziplinären Team von Ärzten/innen, die in der Behandlung misshandelter Kinder erfahren sind, vorgenommen werden.

Wenn der Verdacht auf Kindesmissbrauch vorliegt, sollte der Arzt bzw. die Ärztin die Eltern auf den Umstand hinweisen, dass die Diagnose Anzeichen von Kindesmisshandlung aufweist. Es ist erforderlich, dass der Arzt bei einem solchen Gespräch objektiv bleibt und keine Anklagen oder Urteile den Eltern gegenüber zum Ausdruck bringt.

Während der Untersuchungen müssen unbedingt Aufzeichnungen im Krankenblatt vorgenommen werden, da diese Eintragungen bei späteren Gerichtsverhandlungen von ausschlaggebender Bedeutung sein können.

Die Beteiligung von Ärzte/innen sollten an Vorsorgemaßnahmen aller Stufen gewährleistet sein: bei der pränatalen und postnatalen Familienberatung, bei der Darlegung von Problemen der Kindererziehung und Elternschaft sowie bei der Aufklärung über Familienplanung und Geburtenkontrolle.

Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens, z. B. Hausbesuche durch Pflegerinnen, Frühberatung der Eltern, Kontrolluntersuchungen von Säuglin-

gen und Kleinkindern, sollten von Ärzten/innen unterstützt werden. Gesundheitsfördernde Fürsorgeprogramme für Kinder verhindern ebenfalls Kindesmisshandlungen und sollten gleichfalls die Unterstützung der Ärzte/innen finden.

Ärzte/innen sollten erkennen, dass Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung ein komplexes Problem ist und dass es erforderlich sein kann, mehrere Therapiewege zu beschreiten, um den misshandelten Kindern und ihren Familien zu helfen. Die Entwicklung einer geeigneten Therapie erfordert Beiträge vieler Berufe, einschließlich der Medizin, Rechtswissenschaft, Krankenpflege, Bildung und Erziehung, Psychologie und Sozialarbeit.

Ärzte/innen sollten die Entwicklung neuartiger Programme unterstützen, die dazu dienen, ärztliches Wissen und ärztliche Zuständigkeit auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung zu vertiefen. Ärzte/innen sollten während ihrer ärztlichen Grundausbildung eingehendes Wissen über Kindesmisshandlung und Kinderverwahrlosung erwerben. In Fällen von Kindesmisshandlungen muss die ärztliche Schweigepflicht im Interesse des Kindes aufgehoben werden. Bei einem Verdacht auf Missbrauch des Patienten muss der Arzt für dessen Schutz eintreten. Ungeachtet der Art des Missbrauchs (körperlich, geistig oder sexuell) muss ein amtlicher Bericht an die zuständigen Behörden erstellt werden.

Die Sicherung des Kindeswohl als fachlicher Standard ärztlichen Handelns.

„Kinder-Richtlinien“ als handlungsleitendes Instrument

*Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH
(Bearbeitung)*

Im vorliegenden Artikel sind kinderschutzrelevante Auszüge aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres⁵ bearbeitet.

Die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) wurden 1976 beschlossen und blieb lange weitgehend unverändert.

Es wurden aber zunehmend u.d. eine exakte Definition von Kindesmisshandlung und die Abgrenzung primärpräventiver Angebote von validen Screeningtests für die Früherkennung im Setting der bestehenden Kinderuntersuchungen als problematisch angesehen.

Das Thema Kindesmisshandlung birgt außerdem eine erhebliche Schnittstellenproblematik zu bereits bestehenden Leistungsangeboten insbesondere zu den der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII).

⁵ in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 40: S. 1013 in Kraft getreten am 12. März 2011

Da auch Maßnahmen der Primärprävention oder z. B. soziale Frühwarnsysteme nicht in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallen, konzentrierte sich die Überarbeitung der „Kinder-Richtlinie“ auf die Fragen: Gibt es standardisierte und validierte Screeningtests:

- a) zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und
- b) zur Erfassung von Risikofaktoren für Misshandlung,

die im Rahmen der Früherkennungsuntersuchen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) eingesetzt werden können?

Zusammenfassend musste im Ergebnis der geführten Debatte aber festgestellt werden, dass derzeit die Einführung eines bevölkerungsbasierten Screenings zur Früherkennung von Kindesmisshandlung und/oder zur Erfassung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung in die „Kinder-Richtlinien“ nicht empfohlen werden konnte. Denn dem fraglichen Nutzen steht ein möglicherweise hohes „Schadenspotenzial“, insbesondere hinsichtlich der möglichen Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Eltern, entgegen. Dennoch sind Aspekte zur Verbesserung der Gewährleistung des Kindeswohls im Rahmen ärztlichen Handelns aufgenommen worden.

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 26 Abs. 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dann im Jahr 2010 letztlich beschlossenen Richtlinien bestimmen nun das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 26 SGB V⁶ entspre-

⁶ § 26 Kinderuntersuchung SGB V - (1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und

chenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres und damit auch das aktive ärztliche Entgegenwirken gegen alle Formen der schwererer Benachteiligung, Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder. Dazu wurde im Rahmen der genannten Richtlinie unter anderem beschlossen:

Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. (Seite 2)

Diese Maßnahme haben sich mit Blick auf die Thematik des präventiven Kinderschutzes daher insbesondere zu richten auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen und diesbezüglich auf (Seite 3):

- somatische Entwicklungsstörungen (z. B. Dystrophie, Minderwuchs, Fettsucht),
- einen möglichen kognitiven Entwicklungsrückstand,
- Störungen der emotionellen oder sozialen Entwicklung (z. B. Verhaltensstörungen).

Die Maßnahmen sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Kinder dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können. (Seite 4)

zur Keimzahlensenkung. Die Leistungen nach Satz 2 werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden. (2) § 25 Abs. 3 und Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend. (3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen.

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden. Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten. (Seite 5)

Das nach diesen Richtlinien durchzuführende erweiterte Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. (Seite 15)

Kinderschutz im Kontext der ärztlichen Berufsordnung⁷

Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH

Die vorliegende Berufsordnung stellt die Überzeugung der Brandenburger Ärzteschaft zum Verhalten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar.

Die Berufsordnung beinhaltet Festlegungen zu den Berufspflichten insbesondere mit dem Ziel, das Vertrauen zwischen Ärzten/innen und Patienten/innen zu erhalten und zu fördern sowie die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung also auch von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen.

Mit Blick auf die Thematik des Kinderschutzes beinhaltet die Berufsordnung damit auch Grundsätze zur Sicherung des Kindeswohls und zum Umgang mit Situationen die geeignet sind, ein Kind zu gefährden. Dazu heißt es in der Berufsordnung der Landesärztekammer Brandenburg:

§ 1

Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

- (1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.
- (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen ...

⁷ Berufsordnung der Landesärztekammer Brandenburg in der Fassung vom 19. September 2012
http://www.laekb.de/10arzt/60Arztrecht/05Verordnungen/30Berufsordnung/00Berufsordnung_kF.pdf

- Somit haben Ärztinnen und Ärzte auch der Gesundheit und der Erhaltung des Lebens von Kindern und Jugendlichen zu dienen.

§ 2

Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(2) Ärztinnen und Ärzte haben ... ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.

- Somit haben Ärztinnen und Ärzte ihr Handeln auch über die gesundheitliche Versorgung hinaus am Wohl von Kindern und Jugendlichen auszurichten.
- Somit dürfen Ärztinnen und Ärzte auch das Interesse Dritter, auch nicht das der Eltern über das Wohl von Kindern und Jugendlichen stellen.

§ 9

Schweigepflicht

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

- Somit sind Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen auch befugt sich zum Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen gegenüber Fachkräften anderer Institutionen zu offenbaren.

Wie dargestellt regelt die ärztliche Berufsordnung z. B. in § 9 die Schweigepflicht der Ärzte/innen sowie Ausnahmen. Gesetzessystematisch wird diese Vorschrift nun durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) präzisiert bzw. ergänzt.

Den Angehörigen der Heilberufe werden im BKSchG Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) § 4 gesetzliche Handlungsanweisungen im Sinne von Standards vorgegeben, wie sie sich in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, vermittelt über die Berufsordnung bei Bekanntwerden einer Kindeswohlgefährdung verhalten sollen, sofern sie zwar mit Wissen, aber ggf. auch gegen den Willen der Beteiligten dem Jugendamt davon Mitteilung machen wollen. Das BKSchG hat dabei berücksichtigt, dass hier drei verfassungsrechtlich geschützte Rechtskreise betroffen sind, die der:

- der Sorgeberechtigten,
- des Minderjährigen,
- der Ärztin bzw. des Arztes,

Das Gesetz betont deshalb unter Wiederholung des Wortlauts des Art. 6 Abs.

2 Grundgesetz in § 1 Abs. 2 KKG die Vorrangigkeit elterliche Erziehungsverantwortung und damit zunächst deren primäre Pflicht zur Gefahrenabwendung.

Kommen die Eltern dieser Pflicht im Sinne des § 1666 BGB nicht nach oder sind dazu aktuell nicht in der Lage so sind Angehörigen der Heilberufe gemäß § 4 KKG bei Bekanntwerden „gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes“ befugt ggf. auch gegen den Willen der Beteiligten zum Schutz des Kindes tätig werden und dem Jugendamt personenbezogene

Daten mitteilen, die zur Abwendung der Gefährdung für das Kind erforderlich sind.

Werden Ärztinnen oder Ärzten "gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls des Kindes bekannt, ist in der Regel gemäß § 4 Abs. 2 und 3 KKG wie folgt vorzugehen:

1. Werden z. B. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation besprechen.
2. Die genannten Fachkräfte sollen, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
3. Die genannten Fachkräfte haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
4. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung aus oder ist das bisherig beschriebene Vorgehen erfolglos und halten die genannten Fachkräfte ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren. Zu diesem Zweck sind die genannten Fachkräfte befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Betroffenen vorab darauf hinzuweisen, es sei denn, dass

damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Bei der Umsetzung dieses gesetzlich bestimmten Vorgehens gilt der Grundsatz: Ggf. gegen den Willen der Beteiligten Kinder schützen, nicht aber ohne deren Wissen handeln.

Die Angehörigen der Heilberufe, also auch Ärzte/innen, sind rechtlich nicht verpflichtet, sondern „lediglich“ befugt“, dem Jugendamt oder einer anderen Behörde oder Einrichtung von einer Kindeswohlgefährdung Mitteilung zu machen. Es entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach eigener pflichtgemäßer Abwägung, ob sie oder er das Jugendamt über die (ggf. vermutete) Kindeswohlgefährdung informiert.

In diesem Sinne steht der Kinderschutz im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung und dem ärztlich Grundverständnis, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leben zu erhalten.

Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

– Brandenburger Leitfaden –

Erkennung, Fallmanagement, Interdisziplinäre Hilfesysteme

*Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH
(Bearbeitung)*

„Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist unerträglich, ganz gleich von wem sie ausgeübt wird. In dieser Frage darf es keine Toleranz geben. Anliegen des vorliegenden Leitfadens ist es, allen Fachkräften, die Kinder und Jugendliche betreuen, unterrichten, versorgen oder behandeln, eine Orientierungshilfe an die Hand zu geben, um erste Symptome und psychische Auffälligkeiten nach Gewalterfahrung oder infolge einer Vernachlässigung richtig zu deuten. Auf diese Weise kann den Kindern und Jugendlichen frühzeitig geholfen und weitere Gewalterfahrung unterbunden werden.

Zentrale Themen im Brandenburger Leitfaden sind die Früherkennung von Symptomen nach Gewalt oder bei Vernachlässigung, die präventiven und frühen Hilfen für Familien sowie Vorschläge für ein strukturiertes Fallmanagement in kinderärztlicher Klinik und Praxis. Die Aktualisierung und Weiterentwicklung des Leitfadens ist Teil der Maßnahmen des „Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg“, die auf der Brandenburger Kindergesundheitskonferenz am 7. November 2012 einstimmig bestätigt wurden. Er stellt daher eine aktualisierte handlungsprakti-



sche Anleitung dar, um innerhalb des bestehenden Hilfesystems sachgerecht und professionell zu intervenieren.

Die frühe Diagnostik von Symptomen nach Gewaltanwendung ist Aufgabe des Gesundheitswesens, kann aber nur in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen aus Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Jugendhilfe erfolgen. In diesem Sinne wendet sich der Leitfaden an Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Hebammen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, den zahnärztlichen Dienst im Gesundheitsamt, die Fachkräfte in der Jugendhilfe sowie die Akteure im Bereich der Frühen Hilfen. Um die Basis für eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zu schaffen, werden die Ressourcen dieser Akteure im Rahmen des Kinderschutzes vorgestellt und Schnittpunkte der Zusammenarbeit aufgezeigt. Der aktuelle Leitfaden legt daher neben dem strukturierten Fallmanagement in den verschiedenen Bereichen einen besonderen Fokus auf die interdisziplinären Hilfen.

Mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 (BKisSchG), dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kooperationen zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe verbessert. Darüber hinaus erfolgte eine weitere Schwerpunktsetzung auf die primärpräventiven und familienunterstützenden Hilfesysteme im Land Brandenburg, beispielsweise die Netzwerke Gesunde Kinder, die Schwangerenberatungsstellen und die Frauenschutzeinrichtungen.⁸

Der Leitfaden zur „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“ stellt eine handlungspraktische Anleitung insbesondere für Fachkräfte in allen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens, die Kinder und Jugendliche versorgen, betreuen oder ärztlich behandeln, dar. Er bietet aber darüber hinaus

⁸ AnitaTack. Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Aus dem Vorwort des Leitfadens. 2013

allen Berufsgruppen eine Orientierungshilfe, um Anzeichen von Vernachlässigung oder körperlicher, seelischer oder sexueller Gewalt frühzeitig zu erkennen und innerhalb des eigenen Hilfesystems und in Kooperation mit anderen sachgerecht und professionell zu intervenieren.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, die Säuglinge oder Kinder untersuchen sowie Hebammen und Familienhebammen, die Familien vor und nach der Geburt zu Hause aufsuchen, können mit Vernachlässigung oder Misshandlung in einem sehr frühen Stadium konfrontiert sein. Daher soll dieser Leitfaden gerade diese Berufsgruppen in der fallbezogenen Arbeit unterstützen.

Der Leitfaden bezieht die Aufgaben der Jugendhilfe im Kinderschutz mit ein. Wichtig ist dabei im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes, dass die verschiedenen Akteure/innen in den Netzwerken Früher Hilfen zusammenarbeiten und Ansprechpartner/innen bekannt sind. In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind daher miteinander kommunizierende Hilfesysteme Voraussetzung für einen nachhaltigen (in erster Linie aber präventiven) Kinderschutz.

Für einige Familien mit Kindern erwachsen bereits Probleme in der Bewältigung des Alltags. Die Prävention von Vernachlässigung insbesondere bei kleinsten Kindern sollte daher in einem allgemeinen Gesundheitsförderungsprogramm eingebettet sein, das gesundes Aufwachsen von Kindern in Familien fördert (Pott, Fillinger & Paul 2010). Maßnahmen zur frühen Förderung der Gesundheit von Kindern in Familien im Sinne eines differenzierten Ansatzes bedürfen einer abgestimmten Zusammenarbeit der miteinander kooperierenden Einrichtungen (Sachverständigenrat 2009). Daher widmet sich das Kapitel 6 „Kooperationen und interdisziplinäre Hilfesysteme“ insbesondere den präventiven gesundheitlichen sowie psycho-sozialen Unterstützungsangeboten für junge Familien.

Anliegen des vorliegenden Leitfadens ist auch, die Fachkräfte beim Aufbau interdisziplinärer und vom Einzelfall unabhängiger Hilfesysteme für den Kinderschutz zu unterstützen. Die Nutzer/innen des Leitfadens können sich hier informieren, wer mit welchen Kompetenzen und Befugnissen welche Leistungen zur Früherkennung und zur frühzeitigen Hilfe bei (bereits drohender) Vernachlässigung, Gewalt und sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erbringt. Erläutert werden die Vorgehensweisen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Hebammen, der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte, der Kinder- und Jugendkliniken, des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes und zahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter. Im abschließenden Kapitel werden die interdisziplinären Hilfesysteme sowie die Unterstützungsangebote und Verfahrensweise des Jugendamtes für Familien und Kinder zusammengefasst dargestellt.

Der Leitfaden ist auf folgenden Internetseiten abrufbar:
www.gesundheitsplattform.brandenburg.de oder www.fachstelle-kinderschutz.de.

„Somatisierung“ als diagnostische Beobachtung im Kinderschutz! Kinderschutz als gemeinsame Aufgabe von Jugendhilfe und Gesundheit!

- Ein zugespitzter Beitrag für eine gewünschte Debatte –

*Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH
in Zusammenarbeit mit Dipl.- med. Hendrik Karpinski Chefarzt der Klinik
für Kinder- und Jugendmedizin Niederlausitz*

Bei zunehmender öffentlicher Sensibilität für das Thema Kinderschutz (mehr Gesetze zum Kinderschutz, bessere „Auffanginstitutionen“ für Kinder in Gefahr), nimmt die gefühlte Zahl der Kinder mit zum Teil ver- und unerkannten (psycho)-somatischen Beschwerden immer mehr zu.

Die ärztliche Praxis, aber auch der sozialpädagogische Alltag zeigen beim Blick auf die Ursachen somatischer Beschwerden zum Teil in dramatischer Weise immer wieder, dass sich Reaktionsweisen auf Traumatisierungen u. a. in Depressionen oder Angststörungen bis hin zu Suiziden ausdrücken können.

Diese offenkundige Somatisierung (nicht selten als wechselnde Bauch- oder Kopfschmerzen, als Konzentrationsschwierigkeiten geäußert) ohne fassbar eindeutiges „Krankheitsbild“ ist u. a. je nach fachlicher Perspektive (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch oder neurobiologisch) zu verstehen als Selbstschutz des Kindes im Sinne eines „psychosomatischen Fluchtweges“ aus einer zum Teil andauernden unerträglichen Alltagssituation bzw. als kindlich ohnmächtiges „Rückzugsgefecht“.

In diesem Verständnis kann eine somatische Auffälligkeit oder gar Störung durch eine auffällige Diskrepanz zwischen „objektiv“ medizinischem Befund des Arztes / der Ärztin und subjektiv psychischem kindlichen Erleben des eigenen Befindens charakterisiert werden.

Bei der Somatisierung handelt es sich um eine nach Schutz suchende Option, körperlichen Stress zu erleben und sprachlos zu kommunizieren, der nicht hinreichend durch pathologische Befunde zu erklären ist, diesen aber auf körperliche Erkrankung zurückzuführen und dazu in der Folge (ersatzweise medizinische) Hilfe aufzusuchen (nach Lipowski 1988). Gar nicht selten kann diese Diskrepanz in der Folge zu einem s. g. Überweisungs- und/oder ärztlichen Absicherungsmechanismus führen, der nicht nur terminlich für den Familienplaner zu Herausforderung wird.

Ursächlich kann sich der Ärzte- und Sozialarbeiterschaft eine Somatisierung als Schutz vor und Folge von erlebter körperlicher und sexueller Gewalt und deren traumatischer Verarbeitung offenbaren. Eine solche Offenbarung kann dann im sprichwörtlichen Sinne auch als „somatisierte Redewendung“ zu Gehör kommen: „Ein Problem in sich hineinfressen. Das schlägt mir auf den Magen. Wiederholen bis zum Erbrechen. Es steht mir schon bis hier. Das oder Dich finde ich zum kotzen.“

Dies bedeutet im beruflichen Alltag von Fachkräften aus der Jugend- bzw. Gesundheitshilfe zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit der Thematik der Psychosomatik im Kontext Früher Hilfen bis hin zum Kinderschutz, um gerade dem Grundsatz Prävention vor Eskalation mit angemesseneren Hilfe- und Schutzreaktionen in Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe individueller entsprechen zu können. Diesbezüglich wird unmittelbar deutlich, dass Kinderpsychosomatik ein Querschnittsthema nicht nur im sozialarbeiterischen und medizinischen Selbstverständnis ist. Bisher ist dieses Thema im

jeweiligen System aber gar nicht selbstverständlich präsent und noch weniger im fachlichen Diskurs an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe ausfindig zu machen, ja wird teilweise sogar absichtsvoll vermieden, um dem Unverständnis der jeweils anderen Profession zu entgehen.

Eine z. B. psychosomatisch ausgerichtete sozialpädagogische Diagnostik und eine ebensolche Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelisch-psychozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten bzw. menschlichem Leiden. Sie ist ihrem Wesen nach nur individualisiert zu verstehen und leistet so insbesondere einen wesentlichen Beitrag, um den Einzelfall besser verstehen und damit (ggf. im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation) angemessener im Sinne eines mit dem Kind In-Beziehung-gehen „behandeln“ zu können.

Insbesondere mit Blick auf den reaktiven Kinderschutz kann Somatisierung (in der Regel als ein längerfristiger Prozess) aus der Perspektive des betroffenen Kindes als manifestierte und grundsätzlich unbewusste Strategie des Selbstschutzes oder der Selbstverteidigung im Sinne einer zum Teil alternativlosen psychosomatischen Fluchtopion aus einer unerträglichen sprachlosen Spannung fungieren. Dieser Schutz darf dem Kind nicht als Zweckverhalten unterstellt und unvermittelt, nicht ohne Alternative genommen werden.

Eine außerordentliche (gerade nervliche) Belastung des Kindes bewirkt nicht selten die Entwicklung multipler körperlicher Beschwerden und damit die Neigung zur Somatisierung in körperlichen ebenso wie in psychosozialen Belastungssituationen.

So führen in der frühen Kindheit einwirkende Belastungsfaktoren, in einer Entwicklungsphase, in der insbesondere das kleinkindliche „Stressverarbeitungssystem“ noch nicht hinreichend ausgereift ist, zu „biologischen Narben“, welche sich lebenslang in einer „Fehlfunktion“ des Stressverarbeitungssys-

tems im Sinne einer erheblich erhöhten, aber ggf. auch extrem geminderten Verletzlichkeit bei körperlichen wie psychosozialen Belastungssituationen niederschlagen können.

Aus der Perspektive Früher Hilfen und des Kinderschutzes ist hier von einem erheblichen Entwicklungsrisiko auszugehen, dem als solches frühzeitig und ursachenbezogen als somatische Auffälligkeit bzw. Störung erkannt begegnet werden kann.

Bei psychosomatischen Beschwerden handelt es sich in der Folge um Symptome, die zwar subjektiv, aber immer einen Sinn für das „Wohlbefinden“ des betreffenden Kind und damit durchaus auch einen existenziellen „Nutzen“ haben. Diese Symptome sind teilweise Ausdruck des aktuell verfügbaren Lösungsmechanismus für einen zugrunde liegenden Konflikt und werden nicht selten durch die Welt der Erwachsenen abwertend als „Krankheitsgewinn“ umschrieben. Aus einem solchen Grundverständnis heraus geht es gleichermaßen medizinisch und sozialpädagogisch darum die zugrundeliegende Problemlage zu „bearbeiten“, um erfolgreich in der Behandlung und „Heilung“ der Symptome sein zu können.

Die Auseinandersetzung mit allen Beteiligten innerhalb eines Kinderschutzfalles im Sinne einer schwersten Grenzüberschreitung wäre verfehlt, wenn sich Professionelle formal hinter die Strukturen eines vermeintlich gültigen Kinderschutzsystems zurückziehen, statt mit allen Beteiligten (ggf. auch unter Einbeziehung der Verursacher/innen/ der Täter/innen) in Beziehung zu treten. Nur in Beziehung treten und sein kann bewirken, dass alle Beteiligten und die Betroffenen selbst die aktuelle Situation eines Kindes verstehen. So können Professionen verschiedener Arbeitsbereiche künftig besser in der Lage sein, im Zusammenwirken angemessene und aufeinander abgestimmte Hilfe- und

Schutzmaßnahmen auf der Grundlage eines gemeinsamen Grundverständnisses anzubieten.

Dies macht den Professionellen viel Arbeit und bedeutet vermittelt über den alltäglichen, allgegenwärtigen Anspruch eine permanente Anstrengung.

Die Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz

*Prof. Dr. med. Britta Bockholdt, Institut für Rechtsmedizin
Universitätsmedizin Greifswald*

Kindeswohlgefährdung ist auf der einen Seite eine in unserer Gesellschaft relevante und zunehmend anerkannte Problematik, auf der anderen Seite immer ein emotional sehr belastendes und zudem mediales Thema. Die Kindeswohlgefährdung umfasst aber nicht nur die offenkundig erkennbare Kindesmisshandlung und die körperliche Vernachlässigung sondern auch die seelische Misshandlung und Vernachlässigung sowie jegliche Form sexueller Gewalt. Daraus leitet sich die Vielgestaltigkeit des Gesamtproblems insbesondere mit Blick auf die betroffenen Kinder und das Helfer/innensystem ab.

Während die seelische Misshandlung und auch die sexualisierte Gewalt gegen Kinder äußerst schwer festzustellen sind, kann man die Kindesmisshandlung häufig an den Verletzungen diagnostizieren. Hier sind alle Formen der äußeren Gewalteinwirkungen zu beobachten.

Alle, die sich mit dem Schutz von Kindern im beruflichen Kontext im Sinne der in Artikel 6 Grundgesetz zitierten staatlichen Gemeinschaft befassen, gelangen in den Fällen, in denen es um die Frage nach der Kindesmisshandlung geht, relativ schnell zu der entscheidenden Frage, ob beispielsweise vorhandene Verletzungen, die bei einem Kind ggf. auch wiederholt aufgefallen sind auf eine Misshandlung hindeuten, sie sogar belegen oder aber ob es nicht doch Unfallverletzungen sein könnten, die z. B. von einem Sturz herrührten. Dass die ärztliche Versorgung von Verletzungen und die Diagnostik hinsichtlich weiterer (innerer) Verletzungsfolgen absolute Priorität haben, versteht sich von selbst. Ferner stellt sich insbesondere bei Sexualdelikten neben der

Verletzungsversorgung und Befunddokumentation auch die strafrechtlich relevante Frage nach der Spurensicherung.

Die Ärzte und Ärztinnen in den Rechtsmedizinischen Instituten sind aufgrund ihrer Kompetenzen die wichtigsten Ansprechpartner/innen, wenn es um die sach- und fachgerechte Beurteilung von Verletzungen geht und die Frage nach einer Misshandlung gerade unter dem Aspekt der möglicherweise umgehend einzuleiten notwendigen Schutzmaßnahmen z. B. in Verantwortung der örtlichen Jugendämter für das betroffene Kind beantwortet werden muss.

Im Sinne der Einschätzung des Gefährdungsrisikos durch das Jugendamt gemäß § 8a Abs. 1 SGB VIII sind als Ziele eine rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchung eines Kindes zu benennen:

- die Entscheidung, ob es sich um Misshandlung/Vernachlässigung handelt
- ggf. die gerichtsfeste Dokumentation aller Verletzungsbefunde
- ggf. auch als juristisch verwertbare Fotodokumentation
- die eventuelle Spurensicherung
- die in der Folge notwendige medizinische Versorgung gewährleisten (wenn die rechtsmedizinische Untersuchung nicht in der Klinik erfolgt)

Die meisten rechtsmedizinischen körperlichen Untersuchungen erfolgen im Auftrag von Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichten in laufenden Ermittlungsverfahren. Hier werden die betroffenen Kinder durch eine/n Rechtsmediziner/in untersucht, bei denen eine Kindeswohlgefährdung zur Anzeige kam und die Ermittlungsbehörden eine Gutachtenerstellung zur Frage der Ursächlichkeit der Verletzungen, zu Fragen der Tatrekonstruktion aber natürlich auch zu Fragen der Lebensgefährlichkeit, zu möglichen Spätfolgen und/oder zur Spurensicherung beauftragen.

Außerdem können aber Jugendämter als Behörden Kinder, bei denen der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besteht, im rechtsmedizinischen Institut zur Untersuchung vorstellen, um die Frage zu klären ob es sich beispielsweise wirklich um Misshandlungsfolgen oder gemäß elterlicher Angaben z. B. bei erkennbaren Verletzungen um Unfallfolgen handelt. Diese Untersuchungen haben in den letzten Jahren zugenommen. Wenn in öffentlichen Einrichtungen, wie Schulen, Kindertagesstätten und Freizeiteinrichtungen oder beispielsweise im Rahmen der Arbeit von Familienhebammen oder Tagesmüttern, Beratungsstellen oder Kinderschutzzentren Verletzungen am Kind auffallen, sollten diese über das zuständige Jugendamt eine rechtsmedizinische Untersuchung erwägen und anregen. Diese Untersuchungen erfolgen grundsätzlich im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten. Sollte die Eltern eine solche für notwendig erachtete Untersuchung ablehnen, besteht für die Jugendämter immer die Möglichkeit diese gemäß § 8a Abs. 2 SGB VIII über das Gericht oder gemäß Abs. 3 im Sinne der Abwendung einer Gefährdung direkt zu veranlassen.

Auf jeden Fall können die Kinderärzte und -ärztinnen in den Kinderkliniken rechtsmedizinische konsiliarärztliche Untersuchungen einleiten, wenn beispielsweise ein Kind mit einem unklaren Verletzungsbild stationär aufgenommen wird und auch eine nichtakzidentelle (nicht unfallbedingte) Verletzungsursache angenommen werden muss. Gemeinsam wird dann von Rechtsmediziner/in und Kinderarzt/ärztin entschieden, ob und welche Maßnahmen zum Schutz des betreffenden Kindes eingeleitet werden müssen.

Natürlich könnten auch Eltern, die einen Verdacht der Kindeswohlgefährdung bei ihrem Kind haben, das Kind direkt zu einer rechtsmedizinischen Untersuchung vorstellen. Dies stellt aber eher eine Ausnahme dar und bezieht sich dann auf Säuglinge und Kleinkinder, die sprachlich nicht in der Lage sind sich zum Entstehen von Verletzungen zu äußern.

Zusammenfassend gibt es also mehrere Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer rechtsmedizinischen Untersuchung durch die:

- Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichte bei Ermittlungsverfahren
- Jugendämter und Familiengerichte (selten: Gesundheitsämter) zur Klärung der Frage, ob eine Misshandlung/Vernachlässigung/sexueller Missbrauch vorliegt
- Ärzte der Kinderkliniken als konsiliarärztliche Untersuchung zur Klärung der Frage, ob eine Misshandlung/Vernachlässigung/sexueller Missbrauch vorliegt und zur Klärung der weiteren Vorgehensweise
- Eltern bzw. Personensorgeberechtigten (also auch Vormünder/innen) bei Unsicherheiten über die Ursachen aufgetretener Verletzungen insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern.

Die Kostenübernahme erfolgt durch den Auftraggeber; bei den sogenannten konsiliarärztlichen Untersuchungen erfolgt sie im Rahmen der stationären Behandlungskostenübernahme.

Die rechtsmedizinische Expertise ist in vielen Fällen aber gerade in den Fällen, in denen das Verletzungsbild nicht ganz eindeutig ist oder verschiedene Formen äußerer Gewalteinwirkungen stattgefunden haben oder das Schütteltrauma des Säuglings zu diskutieren ist, der bestimmende „Meilenstein“ im Sinne einer objektiven Entscheidungshilfe. Die fachgerechte und wissenschaftlich abgesicherte Befunderhebung, Interpretation, Diagnose und Differentialdiagnose sind ganz elementare Voraussetzungen, um aus einem körperlichen Befund die Diagnose einer Kindesmisshandlung abzuleiten, um so zu einer sachgerechten Gefährdungseinschätzung im sozialpädagogischen Sinne zu gelangen, um in der Folge zeitnah notwendige und geeignete Hilfe- bzw. Schutzmaßnahmen für das betroffene Kind einleiten zu können. Dass

diese Diagnose mitunter weitreichende Konsequenzen nach sich zieht, ist jedem, der im Kinderschutz tätig ist, klar.

Die Voraussetzungen und auch die Konsequenzen sind den Mitarbeiter/innen der Rechtsmedizin aus seiner täglichen Arbeit sehr vertraut. Da Kooperationen und Vernetzungen aller im Kinderschutz beteiligten Professionen essenziell für einen wirksamen Kinderschutz sind, muss die Rechtsmedizin insbesondere unter fachlichen Gesichtspunkten in diese Hilfe- bzw. Schutzsysteme verbindlich integriert werden und dies nicht zuletzt mit Rechtsverweis auf die gemäß Bundeskinderschutz (BKSchG) Artikel 1 § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) flächendeckend verbindlich aus- und aufzubauenden Strukturen der Zusammenarbeit der im Kinderschutz zuständigen Leistungsträger und Institutionen.

Literatur

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S., Thyen S (2008) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Medizin Verlag

Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) vom 22.12.2011 (BGBl. I, S. 2975)

Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe (SGB VIII) vom 11.09.2012 (BGBl. I S. 2022)

Kontakt:

Prof. Dr. med. Britta Bockholdt

Institut für Rechtsmedizin

Universitätsmedizin Greifswald, Kuhstr. 30, 17489 Greifswald

Tel.: 03834/86-5743

FAX: 03834/86-5751

Email: rechtsme@uni-greifswald.de

Rechtsmedizinische Befunddokumentation nach Körperverletzungen

Anne Port, Andreas Büttner, Ulrich Hammer, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Rostock

Modifiziert nach: Befunddokumentation nach Körperverletzungen – Hinweise für die ärztliche Praxis (Hammer & Wegener), erschienen im Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern, Ausgabe 1/2008

Vorbemerkungen

Jegliche Ausübung von Gewalt verstößt in eklatanter Weise gegen die Menschenwürde. Wenngleich die Häufigkeitszahlen vollendeter Tötungsdelikte – insbesondere auch an Kindern – laut aktueller polizeilicher Bundeskriminalstatistik von 2013 - seit den 70er Jahren um ein Mehrfaches zurückgegangen sind und deutlich unter dem europäischen Durchschnitt liegen, sind die aktuellen Erhebungen zur Prävalenz von Gewalt nach wie vor beunruhigend.

2013 kam es bundesweit zu etwa 550.000 erfassten Fällen von Körperverletzung, davon 6,6 % gegen Kinder. Die repräsentative „Gewaltstudie 2013“ der Universität Bielefeld, die Kinder ab 6 Jahren einbezog, deckte auf, dass 22,3 % aller Befragten oft oder manchmal von Erwachsenen geschlagen werden.

Alle genannten Statistiken gehen von einem Dunkelfeld von über 80 % im Bereich der körperlichen oder sexuellen Gewalttaten gegen Kinder im sozialen Nahraum aus.

Die Ursachen dafür sind im Wesentlichen bekannt:

1. Schuldgefühle, Angst und Scham der Betroffenen können dazu führen, dass auch schwerwiegende Gewalthandlungen verheimlicht

- werden. Das betrifft insbesondere Betroffene von Partnerschaftsgewalt.
2. Nicht zwingend behandlungspflichtige Verletzungen oder Folgen vielfach wiederholter Gewalteinwirkungen werden von den Geschädigten als trivial empfunden, zumal etwa 80-90 % der physischen Gewalthandlungen, wie Treten, Stoßen oder Schlagen ohne für Dritte erkennbare Verletzungen einhergehen. Das Hinnehmen von Gewalt kann unter den Zwängen eines Partnerschaftskonfliktes „erlernt“ werden.
 3. Psychische und psychosomatische Folgen von körperlicher und/ oder sexueller Gewalt werden von Außenstehenden verkannt oder fehlgedeutet.
 4. Das Recht auf Privatsphäre und die Unverletzlichkeit der Wohnung sind – aus guten Gründen – verfassungsrechtlich geschützt. Diese Grundrechte schaffen jedoch in Fällen von familiärer Gewalt Barrieren, die eine Hilfe durch Ämter ebenso wie durch Privatpersonen erschweren.

Häufig ist der Arzt die erste und zentrale Ansprechperson von Gewaltopfern, so dass ihm bei der Krisenintervention nach häuslicher Gewalt eine Schlüsselrolle zukommt. Allerdings scheuen sich nicht wenige Ärzte, diese Rolle anzunehmen. Geprägt durch ihr standesrechtliches Verständnis wollen sie nicht an der „Kriminalisierung“ von Personen oder gar an der Durchsetzung staatlicher Gewalt teilhaben. Dabei wird häufig übersehen, dass Partnerschaftsgewalt durchaus mit Misshandlungen gegen im Haushalt lebende Kinder korreliert sein kann. Hinzu kommt die nicht unbegründete Sorge, dass mit der Kontaktaufnahme zu sozialen Diensten möglicherweise der Vorwurf der unbefugten Offenbarung von Privatgeheimnissen erhoben wird. Einige Kolle-

gen berichten auch über negative Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Behörden.

Gewaltprävention ist nicht nur eine polizeiliche Aufgabe, sondern ein wichtiges Anliegen und grundgesetzlicher Auftrag (Art. 6 Abs. 2 GG) des Gesundheitswesens. Die WHO (World Health Organization) definiert Folgen von Gewalt als „social disease“ (World report on violence and health). Insofern ist es nur folgerichtig, dass an nahezu allen rechtsmedizinischen Instituten der Bundesrepublik Ambulanzen für Betroffene von körperlicher und sexualisierter Gewalt eingerichtet wurden. In Mecklenburg-Vorpommern haben sich seit 2010 in Rostock/ Schwerin und Greifswald rechtsmedizinische Ambulanzen etabliert, an die sich Betroffene von Gewalt wenden können, um ihre Befunde gerichtsfest dokumentieren zu lassen. Im Falle einer späteren Strafanzeige bzw. Intervention durch das Jugendamt werden somit die sichtbaren Folgen körperlicher Gewalt gesichert, bevor sie abheilen und damit einer Beweisführung unzugänglich werden. Die rechtsmedizinische Untersuchung erfolgt kostenfrei für die Betroffenen und stellt damit ein niedrigschwelliges Angebot in der Akutphase der Gewalterfahrung dar, dem sich Interventionen durch das multiprofessionelle Hilfsnetzwerk und deren Fachkräfte anschließen können. Die politische Schirmherrschaft sowie die finanzielle Unterstützung des Projektes obliegen dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (Leitstelle für Frauen und Gleichstellung). Die rechtsmedizinischen Ambulanzen bieten zusätzlich ein breites Spektrum an Fortbildungsmöglichkeiten für Angehörige der Hilfsnetzwerke, Mitarbeiter des Jugendamtes, Erzieher, Lehrer, Hebammen etc. und die ärztlichen Kollegen an. Der Schwerpunkt liegt hier auf dem Erkennen von Misshandlungsfolgen und dem rechtlichen Handlungsrahmen. Es wäre viel erreicht, wenn sich alle Hausärzte und in den Notfallambulanzen tätige Kollegen bereits vor dem Problemfall, der eine sofortige Krisenintervention erfordert, zu dem bereits bestehenden Netzwerk der Op-

ferhilfe und der Möglichkeit der rechtsmedizinischen Beratung/ Befunddokumentation sachkundig machen würden.

In der polizeilichen Kriminalstatistik für das Land Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013 sind einerseits über 15.000 „Roheitsdelikte/ Straftaten gegen die persönliche Freiheit“ sowie über 800 „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ (Kinder eingeschlossen) aufgeführt, andererseits werden durch die Ärzte der rechtsmedizinischen Universitätsinstitute in Greifswald und Rostock jährlich jeweils nur bis zu 100-150 Gewaltopfer (davon etwa 1/3 Kinder) auf Ersuchen der Ermittlungsbehörden gemäß § 81 StPO untersucht. Durch die Arbeit der rechtsmedizinischen Ambulanzen werden jeweils ca. weitere 100 Fälle (davon etwa 50% Kinder), in denen primär keine polizeiliche Anzeige erfolgte, erfasst. Die Untersuchungszahlen zeigen seit der Gründung der Ambulanzprojekte - ebenso wie die Vielzahl der Vorträge, Seminare und Workshops für o. g. Berufsgruppen - eine steigende Tendenz und belegen damit den Bedarf und das Interesse der Betroffenen und Netzwerkpartner an der Möglichkeit der Befunddokumentation und der Inanspruchnahme der angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten.

Nachfolgend soll auf wichtige Aspekte der medizinischen Dokumentation von Körperverletzungen hingewiesen werden.

Grundlagen der Dokumentation von Gewalteinwirkungsfolgen

Bei erkennbarer, rechtlicher Relevanz medizinischer Befunde sollte dem Patienten nahe gelegt werden, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden, damit die so gefertigte Befunddokumentation zur Grundlage von Begutachtungen und juristischen Bewertungen werden kann. Eine Schweigepflichtsentbindung ist auch nachträglich im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens möglich.

Neben einer Beschreibung des Allgemeinzustandes (Körpergröße, Statur, Vigilanz, örtliche, zeitliche und persönliche Orientierung, eventueller Trunkenheitsgrad bzw. Entzugssymptomatik, Beeinflussung durch Drogen oder zentral wirksame Medikamente, Kooperationsbereitschaft, situatives Verhalten) sind äußerlich sichtbare Befunde vor medizinisch indizierten Veränderungen bzw. vor der Wundabdeckung möglichst fotografisch zu dokumentieren, zu vermessen und detailliert zu beschreiben.

Für Fotografien sind kostengünstige, digitale Kompaktkameras ausreichend. Die Fotos können in jede Praxissoftware eingebunden werden. Nur wenige Regeln sind zu beachten:

- Mit mindestens 5 Mio. Pixeln in der Voreinstellung werden pro Motiv mehrere Übersichtsaufnahmen und Nahaufnahmen mit angelegtem Maßstab gefertigt.
- Der Maßstab liegt achsengerecht.
- Der Apparat wird so gedreht, dass der Maßstab parallel zu einer Bildkante verläuft.
- Die Längsachse des Objektivs steht senkrecht zur Objektebene, um Unschärfen an den Bildrändern zu vermeiden.
- Die Autofokussierung gelingt in Abhängigkeit von der Motivstruktur am besten mit der Makrofunktion als Fokussierung auf einen „Spot“ oder mit der häufigen Standardeinstellung auf mehrfache Punkte eines „Messfeldes“.
- Im Hintergrund sollten keine stark reflektierenden Flächen und keine Lichtquellen sein (Fenster, Lampe), da die automatische Belichtungseinstellung ein zu starkes Abblenden vornehmen würde.
- Farblich kontrastierende Hintergründe (große Flächen mit homogenem, mattem Blau oder Grau) sind zu bevorzugen. Sonst erwächst

das Risiko, ungewollt Gegenstände oder Personen mit zu fotografieren.

- Die Fotos bleiben unbearbeitet.

Die Vermessung sollte neben Länge, Breite und Tiefe eines Befundes auch Relationen zu Fixpunkten des Körpers (anatomische Merkmale wie Ohransätze, Brustwarzen, Nabel, Beckenkamm, Sohlenebene etc.) sowie Relationen zu gedachten Linien, die sich ebenfalls an anatomischen Gegebenheiten orientieren (senkrecht verlaufende Körpermittellinie, Mittelschlüsselbeinlinie, Achsellinie, Schulterblattlinie etc.), aufzeigen. Hilfreich ist die Verwendung von Körperschemata. Formblätter, Schemata und Checklisten stehen zum Download auf den Homepages vieler Institute für Rechtsmedizin (z. B. Kiel, Düsseldorf), diese erleichtern die korrekte Befunddokumentation und geben Hilfestellungen bei den einzelnen Arbeitsschritten. Über die Suchbegriffe „Körperschema Rechtsmedizin“ oder „Dokumentationsbogen Gewalt“ gelangt man ebenfalls an geeignete Materialien.

In Abhängigkeit von der Lokalisation der Befunde und dem Alter des Gewaltopfers werden fächerübergreifende Konsile notwendig sein. Auch der Rechtsmediziner empfiehlt den Betroffenen bzw. der Untersuchungsbehörde im Bedarfsfall gesonderte psychiatrische, gynäkologische oder pädiatrische Befundungen. Augen- oder HNO-ärztliche Untersuchungen ergeben häufig Aufschluss über komplizierte Bruchformen des Gesichtsschädels und helfen zum Beispiel bei der Differenzierung zwischen Sturz- und Schlagfolgen. Bei Folgen sexualisierter Gewalt sollte die Sicherung von Vaginal- und Analabstrichen stets vorsorglich im Rahmen der ersten, ärztlichen Untersuchung erfolgen und nicht erst nach Kontakt mit der Untersuchungsbehörde.

Damit Befundbeschreibungen die in späteren Rechtsverfahren notwendige Kraft eines Beweismittels bekommen, gilt für alle Dokumentationen, dass nicht nur therapiepflichtige Befunde, sondern auch scheinbare Nebenfunde dokumentiert werden. Diese erschließen sich nur im Rahmen einer ruhigen, der/dem Betroffenen angepassten Untersuchungsatmosphäre und nach vollständiger Inspektion der Körperoberfläche. Aufgabe dabei ist nicht, Geschehensabläufe detailliert zu hinterfragen. Die wertungsfreie Befunddokumentation, d. h. die konsequente Trennung beschreibender und abdeutender Formulierungen, ist streng zu beachten. Bezüge zu etwaigen Geschehensabläufen bleiben einer späteren, fachärztlichen (rechtsmedizinischen) Begutachtung bzw. polizeilicher Vernehmung/Befragung vorbehalten.

Körperliche Misshandlungen sind oft mit seelischer Traumatisierung verknüpft. Der Gesamteindruck eines misshandelten Kindes und die Verhaltensmuster bei Kontakt mit den Bezugspersonen gehören durchaus in die Dokumentation. Körperliche Misshandlungen erfolgen oft mehrzeitig, so dass bei suspekter Befundlage nach Folgezuständen früherer Gewalteinwirkungen zu fahnden ist (Hämatome unterschiedlicher Färbung, Intensität und Lokalisation, Narben der Haut, der genitalen und analen Schleimhäute, alte Knochenbrüche).

Dokumentation von Folgen stumpfer Gewalt

Bei Folgen stumpfer Gewalteinwirkungen (Hämatome, Schürfungen, Riss- und Quetschwunden = sog. „Platzwunde“, Würgemale, Drosselmarken, stauungsbedingte Blutungen) sind Länge und Breite sowie die Stellung des Befundes mit o. g. Bezügen und etwaigen Winkelangaben bedeutsam. Wundränder können fetzige Zerreißen aufweisen. Oft finden sich in der Tiefe quer zur Wundrichtung Gewebsbrücken. Es ist auf begleitende Schürfungen der Wundränder, auf Unterblutungen, auf Mobilisierungen der Wundränder

und auf haftende oder imprimierte Fremdsubstanzen zu achten. Schürfungen oberflächlicher Hautschichten entstehen nicht nur durch tangentialen Gewaltwirkungen, mit möglicherweise noch in Randbereichen haftenden Oberhautfetzen, die die Schürfrichtung anzeigen, sondern sie können auch als Folge eines massiven, senkrecht zur Körperoberfläche einwirkenden Aufpralls gegenständlicher Oberflächen entstehen. Dabei können reliefartig strukturierte Oberflächen durch das stempelartige Auftreffen in ihren Konturen weitgehend vollständig oder auch nur partiell wiedergegeben werden. Diese „geformten“ Befunde sind für Rekonstruktionen von Geschehensabläufen besonders wichtig. Ein blickdiagnostisch besonders eindrücklicher Befund ist das sog. Stockschlagphänomen, eine geformte Hautverfärbung mit zentraler Abblassung und scharf markierten Randsäumen, die durch die Form des verwendeten Werkzeuges und dessen Auftreffen auf der Körperoberfläche entstehen. Eine weitere „Blickdiagnose“ sind die doppelt halbmondförmigen Konturen der Bissverletzungen, zumeist mit zentraler Aussparung der Hautverfärbung. Sie kommen durch das Einpressen von Ober- und Unterkiefer in die Hautschichten zustande, wo sie Blutungen bzw. Hautrötungen verursachen können. Bei größerem Kraftaufwand können einzelne Zähne als rundliche Einzelbefunde abgrenzbar sein. Die Messung des Abstandes der oberen Eckzähne ($<1,5$ cm oder ≥ 3 cm) ermöglichen die Abgrenzung zwischen Milch- und Erwachsenengebiss.

Fingernagelspuren reichen von einer flüchtigen Hautrötung über oberflächliche Schürfungen bis zu tief in die Unterhaut reichenden, blutenden Läsionen. Sie können insbesondere neben Würgemalen an Kopf und Hals oder als Folge von Abwehrhandlungen am Körper des Tatverdächtigen beobachtet werden. Würgemale zeigen sich oft als rundliche, ovale, zum Teil konfluierende Blutungen und kratzerartige, halbmondförmige Schürfungen und Oberhautverletzungen an den betroffenen Halsregionen. Drosselmarken geben häufig

Konturmerkmale des verwendeten Drosselwerkzeuges wieder. Stauungsbedingte Blutungen zeigen sich oft erst bei guten Lichtverhältnissen als nadelspitzgroße, dicht nebeneinander liegende Blutungen in den Konjunktiven, in der Mundvorhofschleimhaut und in der Gesichtshaut, bevorzugt in der Augen- und Schläfenregion.

Neben der detaillierten Beschreibung von Einzelbefunden ist der Eindruck des Verletzungsmusters ebenso bedeutsam (Gruppierungen von Befunden in einer dann zu beschreibenden Körperregion, Stereotypien bezüglich bestimmter Formen, Verlaufsrichtungen und Verletzungstiefen, wieder kehrende Abstände zwischen Befunden, auffällige parallelstreifige Befunde, Doppelungen etc.).

Dokumentation von Folgen scharfer Gewalt

Schnittverletzungen zeigen in der Regel auffällig glatte und spitzwinklig aufeinander zulaufende Wundränder. Dabei sind die Wundränder selten unterhöhlbar. Die auffällig glatten Konturen der Wundränder setzen sich in die Tiefe hinein fort, Gewebsbrücken fehlen.

Schnittverletzungen zeigen zum Teil geradlinige, zum Teil aber auch bogenförmige Verläufe und Abwinklungen. Die Wundtiefe kann sich während des Verlaufes ändern. Zentral klaffende Wunden können an den Ende als kratzerartige Oberhautläsionen Auslaufen. Entsprechende Befunddokumentationen sind notwendig, insbesondere um zwischen Selbst- und Fremdbeibringung zu differenzieren. Hinweise auf Selbstbeibringungen sind frischere oder ältere so genannte Probierschnittverletzungen an den Beugeseiten der Handgelenke/Unterarme, aber auch an anderen Körperregionen. Die Beschreibungen von Vernarbungen nach länger zurückliegenden, oftmals stereotyp angeordneten Schnittverletzungen an den Armen und anderen Körperregionen als Folge autoaggressiver Handlungen sind ebenfalls zu dokumentieren.

Bei Stichverletzungen ist, soweit möglich, der Verlauf und die Tiefe anzugeben. Maßangaben müssen erkennen lassen, ob die Länge einer Hautverletzung oder die Tiefe eines Stichkanales gemeint ist. Dabei sollte auf Bezugspunkte und Höhenangaben geachtet werden, damit ein Stichkanal in seiner Dreidimensionalität nachvollziehbar ist. Bei Stichverletzungen ist die Beschreibung von Wundwinkeln bzw. aufeinander zulaufenden Wundrändern besonders wichtig, da sich in Abhängigkeit vom verwendeten Stichwerkzeug (Länge und Breite der Klinge, einschneidig oder zweischneidig, kantiger Messerrücken) unterschiedliche Befundmuster ergeben können. Reißzwecken und Nadeln hinterlassen oft nur diskrete Befunde, die insbesondere bei Kindern aufgrund der schnellen Wundheilung möglichst unverzüglich zu dokumentieren sind.

Dokumentation von Schussverletzungen

Schussverletzungen werden aufgrund der regelhaft vorliegenden inneren Verletzungen häufig im Rahmen von Noteingriffen revidiert, bevor eine Dokumentation in o. g. Weise möglich ist. Hier kommt einem detailliert abgefassten Operationsbericht für spätere Rekonstruktionen besondere Bedeutung zu. Äußere Befunde wie Schmauchspuren, ggf. auch der Hinweis auf das Fehlen imprimierter Fremdschubstanzen – geben wichtige Hinweise zur Schussentfernung. Form und Verteilung von Blutspritzern an den Händen sind für die Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdbeibringung wichtig. Aufgesetzte Schüsse, als sog. absolute Nahschüsse, erzeugen insbesondere vor dem Widerlager von Knochen eine Überdehnung und ein Aufplatzen von Haut und Unterhautfettgewebe, so dass charakteristische, sternförmige Wunden entstehen. Oft ist die Ausschussverletzung größer als die Einschussverletzung, da das Projektil bzw. seine Fragmente in ihrer Bahn beim Durchdringen von Gewebe instabil werden und sekundär geschossartig wirkende Knochen- und Gewebetrümmer mitführen können, die dann das Bild einer Ausschussverlet-

zung mitbestimmen. Die Sicherung von Blut- und Schmauchspuren für molekularbiologische und chemische Untersuchungen ist allerdings eine kriminaltechnische Aufgabe.

Dokumentation lokaler Befunde sonstiger Genese

Charakteristisch umgrenzte Rötungen, Blasenbildungen oder Gewebsuntergänge nach thermischer (Hitze/Kälte)- Einwirkung oder nach Verätzungen lassen sich in der Regel gut einordnen, ebenso die oft pigmentierten Vernarbungen bei mehrzeitigen thermischen Verletzungen. Die Feinstruktur einer Strommarke oder der Abdruck nach Kontakt mit heißen Festkörpern (Kochplatte!) sind detailliert zu beschreiben, damit spätere Zuordnungen möglich sind. Bei Zuständen nach mangelhafter Pflege und Ernährung sind neben Dekubitalgeschwüren, Ekzemen in den Gelenkbeugen und Infektionen der Körperöffnungen der Allgemeinzustand und die Paraklinik (Laborbefunde, Mikrobiologie etc.) für spätere Begutachtungen bedeutsam.

Zur Differentialdiagnostik lokaler Befunde ist neben einer sorgfältigen Beschreibung die wiederholte fotografische Dokumentation im Verlauf (wenn möglich) zu empfehlen.

Differentialdiagnosen selbst sollten aus der (klinischen) Dokumentation gut nachvollziehbar sein.

Im Zweifelsfalle, z. B. bei Unsicherheiten, ob Befunde unfall- oder misshandlungsbedingt entstanden sein können, sollte vom Angebot der Beratung und ggf. Untersuchung durch einen Rechtsmediziner Gebrauch gemacht werden.

Die rechtsmedizinischen Dienste der Universitäten Rostock und Greifswald stehen mit ihrem Angebot der kostenfreien, gerichtsfesten Befunddokumentation, für telefonische Beratungen, für Konsile am Patienten und für Fortbildungsangebote auf dem Gebiet „Erkennen von Misshandlungsfolgen“ zur Verfügung.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:

Anne Port

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsmedizin Rostock

St.-Georg-Straße 108

18055 Rostock

anne.port@med.uni-rostock.de

Kinderschutz: Wann Ärzte reden dürfen

Dr. Ingo Pflugmacher ist Fachanwalt für Medizin- und Verwaltungsrecht

Ärztinnen und Ärzte sind seit Anfang des Jahres rechtlich dazu verpflichtet, notfalls pseudonymisiert, Anhaltspunkte für ein gefährdetes Kindeswohl weiter zu melden bzw. anzuzeigen. Das steht im Bundeskinderschutzgesetz. In der Praxis kann das durchaus zu einer Gratwanderung werden.

Seit dem 1. Januar 2012 ist die Rechtslage für Ärztinnen und Ärzte beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (Vernachlässigung, Misshandlung, sexuelle Gewalt) von Kindern oder Jugendlichen präzisiert worden. Hintergrund ist das Bundeskinderschutzgesetz, zu dem auch das Gesetz zur Kooperation und Information (Artikel 1) im Kinderschutz gehört.

Mit dem Gesetz wird zum einen die ärztliche Schweigepflicht gelockert, zum anderen ergeben sich neue Maßstäbe, wann Ärzte beim "Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung", die Eltern, Beratungsstellen oder das Jugendamt zu informieren haben.

Ist das Kindeswohl gefährdet, darf die Schweigepflicht aufgehoben werden

In dem Gesetz wird die ärztliche Schweigepflicht partiell aufgehoben, wenn der Schutz des Kindes dies erfordert. Ergeben sich für Ärzte bei der Behandlung von Kindern oder Jugendlichen Anhaltspunkte dafür, dass das Wohl ihres Patienten gefährdet sein könnte, dann sollen sie mit ihm und den so genannten Personensorge berechtigten, also meist den Eltern, die Situation besprechen.

Soweit erforderlich, sollen sie bei diesen darauf hinwirken, Hilfen in Anspruch zu nehmen - wenn dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Aufgrund dieser Regelungen können Ärzte also mit den Eltern Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung sowohl durch einen Elternteil als auch durch Dritte erörtern, ohne gegen die Schweigepflicht zu verstoßen. Voraussetzung sind "gewichtige Anhaltspunkte" für die Gefährdung des Kindeswohls.

Das ist im Gesetz so unbestimmt ausgedrückt, dass es einen erheblichen Einschätzungsspielraum eröffnet. Es sind nur die Grenzen grob konturiert.

So müssen nur Anhaltspunkte vorliegen, ein Arzt muss also nicht die konkrete Kenntnis von Misshandlungen oder Ähnlichem haben, es muss noch nicht einmal ein dringender Verdacht vorliegen. Die Anhaltspunkte müssen allerdings gewichtig sein.

Ärzte haben zur Einschätzung der Lage einen Beratungsanspruch

Dies bedeutet aber nicht, dass Hinweise auf schwere Kindeswohlgefährdungen vorliegen müssen, da das Gesetz jegliche Gefährdung verhindern will. Die Anhaltspunkte sollten aber bereits in einer Weise valide und konkret sein, dass eine Kindeswohlgefährdung nicht als ganz fernliegend erscheint.

Da diese Einschätzung im Einzelfall sehr schwierig sein kann und der Gesetzgeber dies erkannt hat, haben Ärzte einen Beratungsanspruch.

Sie können zur Einschätzung der Lage, also der möglichen Gefährdung des Kindes, beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Beratung durch eine erfahrene Fachkraft verlangen. Dies schreibt das Gesetz ausdrücklich vor.

Die Kindesdaten sind hierbei zu pseudonymisieren. Ärzte sollten darauf achten, dass ein konkreter Personenbezug tatsächlich nicht mehr besteht. Es sollte also nicht nur der Nachname des Kindes auf den Anfangsbuchstaben verkürzt werden.

Besser ist es, den Namen vollständig zu ersetzen und gegebenenfalls auch ein Pseudonym für Schule oder Stadtteil aufzunehmen, wenn dies eine realistische Einschätzung der Gefährdungslage nicht erschwert.

Unterlassen: Arzt kann wegen fahrlässiger Körperverletzung belangt werden

Ärzte sind also verpflichtet, bei gewichtigen Anhaltspunkten mit dem Kind und den Sorgeberechtigten die Situation zu erörtern - außer, wenn gerade dadurch das Kind möglicherweise gefährdet werden könnte. Auch zu diesem Aspekt kann die Beratung durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe in Anspruch genommen werden. Ärzte sollten dieses Recht auch wahrnehmen.

Denn wenn es am Ende tatsächlich zu einer Kindesmisshandlung kommt, dann könnte beim Verstoß gegen die Pflicht zur Information der Sorgeberechtigten die Frage aufkommen, ob die Kindesmisshandlung bei pflichtgemäßem Verhalten hätte verhindert werden können. Würde dies bejaht, so könnte der Arzt eventuell wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen belangt werden.

Schließlich regelt das Gesetz in einem dritten Schritt das Recht der Ärzte, das Jugendamt mit Namensnennung des Kindes zu informieren. Wenn nämlich die Gefahr fürs Kind durch die Erörterung der Situation mit Kind und Sorgeberechtigten nicht abgewendet werden kann oder erfolglos blieb und der Arzt es für erforderlich hält, dass das Jugendamt tätig wird, darf er das Amt informieren.

Der Gesetzgeber hat dieses Informationsrecht allerdings mit einem für Ärzte schwierigen Vorbehalt verbunden. Die Betroffenen, also Kind und Sorgeberechtigte, sind vorab darauf hinzuweisen, dass die Befugnis besteht, das Jugendamt zu informieren.

Hinweispflicht nur dann, wenn Mitteilung für Kind nicht nachteilig

Diese Hinweispflicht entfällt nur dann, wenn durch den Hinweis der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt würde. Der Arzt muss also einschätzen, ob die Mitteilung des Informationsrechtes für das Kind nachteilig sein könnte.

Eine solche Einschätzung wird häufig sehr schwierig sein, da in der Regel eben nur Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, der Arzt aber nicht die gesamte komplexe Situation der Familie und des Verhaltens ihrer Mitglieder kennt.

Unterlässt der Arzt den Hinweis auf sein Informationsrecht, so ist auch in Zukunft nicht ausgeschlossen, dass er sich bei dennoch erfolgreicher Information wegen der Verletzung von Privatgeheimnissen strafbar macht.

Es empfiehlt sich deshalb, pseudonymisiert zunächst vom Träger der Jugendhilfe eine Beratung dazu zu verlangen, ob der Hinweis auf das Recht zur Information des Jugendamtes den wirksamen Schutz des Kindes in Frage stellen könnte.

Wenn diese Beratung nicht schriftlich erfolgt, sollte der Arzt in jedem Fall das Beratungsergebnis protokollieren und von der beratenden Fachkraft der Jugendhilfe gegenzeichnen lassen.

Datenschutz im Kinderschutz: Beantwortung offener Fragen aus der Fachtagung zum Bundeskinderschutzgesetz

Michael Bock, Start gGmbH/Bündnis Kinderschutz Mecklenburg-Vorpommern in Zusammenarbeit mit Werner Baulig, Mitarbeiter beim Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern

§ 2 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG – Artikel 1 des BKiSchG) besagt: (...) werdende Mütter und Väter sollen über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden (Abs. 1). Darüber hinaus sind die zuständigen Stellen befugt, werdenden Eltern ein persönliches Gespräch anzubieten. Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, bezieht sich die in Satz 1 geregelte Befugnis auf die örtlichen Träger der Jugendhilfe (Abs.2).

Wie kann der Zugang zu werdenden Eltern erfolgen?

Wie der Zugang zu "werdenden Eltern" aus behördlicher Sicht im Sinne der Umsetzung der Aufgabe gemäß § 2 KKG erfolgen kann, ist nicht ganz klar. Sicher ist jedoch, dass es sich bei der Tatsache der werdenden Elternschaft um ein personenbezogenes Datum handelt und daher die entsprechenden Vorschriften des SGB VIII und SGB X sowie SGB I zu beachten sind.

Eine Übermittlung bzw. Speicherung oder Erhebung dieser Daten kann daher entweder nur mit der Einwilligung der Betroffenen oder auf der Grundlage einer expliziten rechtlichen Ermächtigung (Rechtsgrundlage) im Bereich der soeben genannten Normen erfolgen.

Das Bundeskinderschutzgesetz reicht hierfür in der vorliegenden Fassung nicht aus. Will man also über eine reine Angebotsstruktur hinausgehen und z. B. die werdenden Eltern aufsuchen, dann wird der entsprechende, hierfür notwendige Datentransfer sich an den engen und oben genannten Rechtsregeln zu orientieren haben. Hier sind der Fantasie kaum Grenzen gesetzt.

Jedoch kann das Beratungsangebot den werdenden Eltern gemäß § 2 KKG direkt unterbreitet werden und zwar im Zusammenhang mit der Feststellung oder Begleitung der Schwangerschaft durch eine Ärztin oder einen Arzt. Zu diesem Zweck soll die örtliche Jugendhilfe solche und andere Stellen über entsprechende Beratungsangebote informieren.

Müssen insoweit erfahrene Fachkräfte ihre Beratungsaufzeichnungen offenlegen?

Insoweit erfahrene Fachkräfte im Sinne des § 8a SGB VIII können ihre Aufzeichnungen grundsätzlich nur dann offenlegen, wenn die Betroffenen dies fordern. Dabei sind jedoch Rechte Dritter zu beachten und ggf. zu schützen.

Unabhängig davon gibt es auch eine Reihe expliziter Rechtsansprüche auf eine Offenlegung. Diese könnten auf der Grundlage einer richterlichen Anordnung im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens nach der StPO (§§ 94 ff) existieren. Hier kommt es jedoch - wie so häufig - auf die Umstände des Einzelfalles an. Alle Anordnungen haben sich am Verhältnismäßigkeitsprinzip zu orientieren und sind grundsätzlich ebenfalls gerichtlich überprüfbar. Zudem könnte es auf der Grundlage des Weisungsrechtes (Direktionsrecht) einen Offenlegungsanspruch im internen Dienstverhältnis zum Dienstvorgesetzten geben. Gerade diese Fallkonstellation kann nur in einer Einzelfallbetrachtung datenschutzrechtlich beurteilt werden und entzieht sich einer pauschalen Kategorisierung.

Außerdem sind Datenübermittlungen seitens des Jugendamtes oder freien Trägers möglich bzw. erforderlich im Rahmen der Befugnisse bzw. Grenzen z.B. des:

- § 68 SGB X (Übermittlung für Aufgaben der Polizeibehörden, der Staatsanwaltschaften und Gerichte, der Behörden der Gefahrenabwehr oder zur Durchsetzung öffentlich-rechtlicher Ansprüche, auch hier § 65 SGB VIII beachten!),
- § 69 Abs. 1 SGB X (Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben) i. V. m. §§ 64 und 65 SGB VIII,
- § 71 SGB X (Übermittlung für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse),
- § 73 SGB X (Übermittlung für die Durchführung eines Strafverfahrens, stets § 65 SGB VIII beachten),
- § 138 bzw. 34 StGB (Anzeigepflicht bzgl. besonderer Straftaten, rechtfertigender Notstand).

Welche Qualitätsanforderungen gibt es an Schweigepflichtentbindungen?

Grundsätzlich sind allgemeine und unbegrenzte Schweigepflichtentbindungen unzulässig. Sie müssen im Einzelfall alle relevanten Informationen (insbesondere Dauer, konkreter Zweck, Adressaten, Widerrufsrecht) beinhalten. Dies ermöglicht dem Betroffenen, die Konsequenzen der Schweigepflichtentbindung und seine Rechte im Einzelfall abzuschätzen und frei zu entscheiden.

Hinsichtlich der Qualitätsanforderungen kann auf die entsprechenden und außerordentlich gelungenen Ausführungen des Unabhängigen Landeszentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein hingewiesen werden). Diese finden sie auf den Seiten des ULD in Schleswig Holstein (www.datenschutzzentrum.de). Von dort entnommene Anforderungskriterien

für die Gestaltung einer Schweigepflichtentbindungserklärung finden Sie weiter unten im Text.

Zudem bietet die Broschüre "Rechtsfragen in der Beratung" der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (www.bke.de) nähere Ausführungen zur Problematik, die auch ein - allerdings zu kurz geratenes und sehr technisches - Muster einer Erklärung enthält. Die Broschüre ist insgesamt lesenswert, weil sie auf der Grundlage rechtlicher (allerdings nicht mehr ganz aktueller) Regelungen Praxisbezüge herstellt und in Bezug auf spezielle Fragen umfangreich auf entsprechende Gerichtsurteile hinweist.

Wann müssen Informationen bei Anzeigen vernichtet werden?

Die Vernichtung von Daten richtet sich in der Regel nach der Aktenordnung, die bei behördlicher Tätigkeit grundsätzlich Anwendung findet.

Die Aktenordnung (AO) für MV finden Sie hier:

Aktenordnung für die Landesverwaltung Mecklenburg-Vorpommern. Bekanntmachung Innenministeriums und des Finanzministeriums vom 2. Oktober 2009

VV Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 1104 – 10

Fundstelle: AmtsBl. M-V 2009 S. 782

oder hier: <http://www.landesrecht-mv.de/>

Hinweise zu Aufbewahrungsfristen

KGSt (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement). Bericht: Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen (B 4/2006)

(www.kgst.de)

Unabhängig von der AO sind dort nicht näher genannte personenbezogene Daten nach § 13 Landesdatenschutzgesetz u. a. zu löschen, wenn ihre Speicherung zur Erfüllung der in der Zuständigkeit der Daten verarbeitenden Stelle liegenden Aufgabe nicht mehr erforderlich ist.

Auch die dort anderen aufgeführten anderen Lösungsgründe, z.B. wenn Daten:

- unrichtig sind und die Daten verarbeitende Stelle keine Kenntnis der richtigen Daten erlangen kann,
- ihre Erhebung unzulässig war,
- ihre Speicherung unzulässig ist oder
- ihre Speicherung zur Erfüllung der in der Zuständigkeit der Daten verarbeitenden Stelle liegenden Aufgabe nicht mehr erforderlich ist
- sowie die Regelung zur Sperrung von Daten, wenn:
- einer Löschung nach Absatz 2 Nr. 4 Rechtsvorschriften entgegenstehen,
- Grund zur Annahme besteht, dass durch die Berichtigung oder Löschung schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt würden,
- eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist oder
- es der Betroffene nach § 25 Landesdatenschutz (Widerspruch) verlangt, gilt es zu beachten.

Spätestens sind die Aufzeichnungen mit dem Abschluss eines Falles zu löschen.

Inhalte einer Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB

In der sozialen Praxis gibt es vielfältige Situationen, in denen Daten und Informationen die der Schweigepflicht unterliegen, an Dritte weitergegeben werden sollen. In jedem dieser Fälle ist im Regelfall die vorherige Entbindung von der Schweigepflicht durch den Betroffenen nötig. Die Vielzahl denkbarer Konstellationen macht es unmöglich, eine Mustererklärung vorzugeben, die alle Bereiche abdeckt und gleichzeitig konkret genug formuliert ist, dass der Betroffene, wie gesetzlich vorgeschrieben, abschätzen kann, welche Daten, warum und an wen übermittelt werden. Entbindungen von der Schweigepflicht sind zweckmäßigerweise schriftlich einzuholen. Sie müssen auf der freien Entscheidung des Betroffenen beruhen, der auf die Folgen einer Verweigerung einer Einwilligung hinzuweisen ist. Sollte bereits eine ältere Einwilligungserklärung vorliegen, ist sich davon zu überzeugen, dass diese nicht inzwischen vom Betroffenen widerrufen wurde. Im Folgenden werden die Punkte aufgelistet, die in jeder Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht enthalten sein müssen.

Wer?

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Betroffenen sind in die Erklärung aufzunehmen.

Wem?

Es ist namentlich aufzuführen, wer von seiner Schweigepflicht entbunden werden soll. Der Sozialarbeiter o. ä. ist namentlich zu benennen.

Was?

Soweit möglich, sind die Daten konkret in der Erklärung anzugeben. Einfach ist dies, wenn die Unterlagen oder Schriftstücke einzeln bezeichnet sind. Zum Beispiel:

- Protokoll der Beratung vom xx.xx.xx
- Aktennotiz vom xx.xx.xx
- Gutachten vom xx.xx.xx
- ggf. konkrete Einzeldaten

Ist dies wegen des Umfangs der Unterlagen nicht möglich, so sind diese dennoch präzise abschließend eingeschränkt und nachvollziehbar zu beschreiben. Zum Beispiel: Bisherige Akte vom xx.xx.xx bis xx.xx.xx zu den Vorgängen _____ im Umfang von xxx Aktenblättern.

Wofür?

Geben Sie den Zweck/die Zwecke der Datenübermittlung konkret an. Zum Beispiel zum Zweck:

- der Koordination unterschiedlicher Angebote im Rahmen der Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII
- der Prüfung zur Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII
- Risikoeinschätzung gemäß § 8a SGB VIII
- der Prüfung der Geeignetheit einer Pflegeperson gemäß § 72a SGB VIII
- Gutachtenerstellung für das Familiengericht

An wen?

Der Empfänger der Daten ist namentlich zu nennen.

- Person
- Stelle

Wie lange?

Der Erklärung muss zu entnehmen sein, ob eine einmalige oder wiederkehrende Datenübermittlung beabsichtigt ist. Auf jeden Fall sollte die Erklärung mit einem Datum versehen sein.

Widerruf

Es ist der folgende Satz aufzunehmen: "Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann."

Ort, Datum und Unterschrift

Quelle: Im Wesentlichen aus der Empfehlung des ULD SH (www.datenschutzzentrum.de/medizin) entnommen. Vorgenommene Änderungen sind dem fachlichen Bezug und redaktionellen Erwägungen geschuldet.

Name Vorname

Straße/Nr.

Datum

PLZ Ort

Entbindung von der Schweigepflicht (gem. § 203 StGB)

Hiermit entbinde(n) ich/wir:

Herrn/Frau: _____
(Name des/der Mitarbeiters/in)

von/aus: _____
(Stempel oder Name der Einrichtung/Institution)

gegenüber dem/den: ☐ Jugendamt ☐ Sozialamt ☐ Gericht
☐ Schulamt ☐ _____

vertreten durch _____ von der Schweigepflicht.
(Name des/der Mitarbeiters/in)

Diese Erklärung gilt bis _____, dient folgendem Zweck:

und bezieht sich im Einzelnen auf folgende Unterlagen bzw. personen-
bezogene Daten:

Die Entbindung von der Schweigepflicht berechtigt die/den oben bestimmte/n
Mitarbeiter/in nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten
Personen zu verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige-
pflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift (Personensorgeberechtigte/r – junge/r Volljährige/r)

Verteiler: ☐ Adressat/in ☐ Akte (Sachgebiet)
☐ Personensorgeberechtigte/r ☐ junge/r Volljährige/r
☐ _____

§ 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen

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

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, (...)

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.

4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder (...) anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis (...), offenbart, das ihm als 1. Amtsträger, 2. für den öffentlichen Dienst, besonders verpflichteten, (...)

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder (...) anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben

der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(3) (...) Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. (...)

Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und der stationären Jugendhilfe (JH) vor dem Hintergrund einer langjährigen Kooperationsvereinbarung

Dipl.- Psych. Gabor Nagy in Zusammenarbeit mit Chefarzt Dr. Manfred Blütgen AMEOS Klinikum Ueckermünde

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind braucht Psychotherapie, weil es krank ist und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist“ (H. Herzka)

Genauso wie dieses Zitat, das die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Pädagogen und Therapeuten beschreibt, hat auch die Ulmer Heimkindstudie (Goldbeck und Fegert 2006) deutlich gemacht, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrien notwendig ist, da Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe psychiatrisch hochgradig auffällig und bisher unterversorgt sind (60 % Prävalenzraten).

Ca. 80.000 Kinder und Jugendliche leben in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (§ 34 SGB VIII). In den letzten 15 Jahren ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe von 15% auf 30% angestiegen (Fegert und Schrapper 2004). Da so ein großer Anteil der in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen lebenden Kinder und Jugendlichen einen psychiatrischen Behandlungsbedarf aufweisen, ist die Zusammenarbeit zwischen den beiden Systemen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie nach wie vor ein wichtiges Thema.

Die Kooperation beider voneinander rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen autonomen Systeme führt häufig zu Kontroversen, deren Folgen mit hoher

Wahrscheinlichkeit zum erhöhten subjektiven Leidensdruck seitens der Kinder beitragen.

Ziel dieses kurzen Beitrages ist, auf Grund einer gelungenen und seit 11 Jahren bestehenden Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ueckermünde und dem Jugendhilfezentrum Ueckermünde darzustellen, wie die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie strukturell und prozesstechnisch so gestaltet werden kann, dass sie die Effektivität und Effizienz des Handelns im Sinne der Kinder fördern und zu bestmöglichen Lösungen für das Kind beitragen kann. Eine gelungene Kooperation kann sowohl als protektiver Faktor in Krisensituationen als auch als präventive Maßnahme fungieren und dadurch die Lebensbedingungen des Kindes verbessern.

1. Konzept der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie AMEOS Klinikum Ueckermünde

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde blickt auf eine lange Geschichte zurück, die im letzten Jahrhundert begann. Seit der letzten strukturellen und konzeptuellen Neuorientierung im Dezember 2007 verfügt die Klinik über 29 vollstationäre und 1 integrierten tagesklinischen Behandlungsplatz. Auf der einen Station der Klinik befinden sich 19 Behandlungsplätze, die in zwei Behandlungsbereiche untergliedert werden: 10 Behandlungsplätze für die Altersgruppe von 7 bis 13 Jahren und 9 Behandlungsplätze für die Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren. Im letzteren Bereich ist eine fakultativ geschlossene Unterbringung ebenfalls möglich. Auf der anderen Station stehen 10 Behandlungsplätze für eine Altersgruppe ab 2 Jahren bis zum frühen Grundschulalter zur Verfügung. Auf dieser Station besteht die Möglichkeit einer integrierten Eltern-Kind-Behandlung, hier können Kinder mit u.a. psychisch kranken Eltern gemeinschaftlich behandelt werden. Parallel zur statio-

nären Behandlung besteht die Möglichkeit einer ambulanten Betreuung in der Institutsambulanz, in welcher u.a. eine Vor- und Nachbetreuung der stationär behandelten Kinder stattfindet. Die Ambulanzen befinden sich an den Standorten Ueckermünde und Anklam.

Im Rahmen der Pflichtversorgung für die Regelbehandlung von Kindern- und Jugendlichen hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie Ueckermünde einen Versorgungsbereich von etwa 250 000 Einwohnern aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald.

Indikation zur Behandlung ist das Vorhandensein einer psychischen Störung. Psychische Störungen werden als

- statistische Abweichung: wer in bestimmten Merkmalen besonders hohe oder niedrige Werte erreicht, ist gestört (z.B.: Anorexie, LRS, Intelligenzminderung)
- subjektives Leiden: wer leidet, ist krank/gestört (z. B.: Depression, Angststörungen)
- objektive Beeinträchtigung: messbare/sichtbare Einschränkungen (z.B.: Vermeidung bei Angststörungen)
- fehlende Anpassung an soziale Normen: das Umfeld „leidet“ (ADHS, Störung des Sozialverhaltens, sexuelle Präferenzstörungen)
- Dysfunktion einer natürlichen psychischen Funktion (Sprachstörungen, Enuresis, Enkopresis)

definiert. Ob mindestens eine der oben genannten Kriterien erfüllt ist und damit eine psychische Störung vorliegt, muss vom Facharzt beurteilt und entschieden werden (<http://www.ameos.eu/1644.html>).

2. Konzept des Jugendhilfezentrums Ueckermünde

Das Jugendhilfezentrum Ueckermünde wurde 1992 gegründet und ist an zwei Standorten im Landkreis Vorpommern-Greifswald vertreten. Das Zentralgebäude befindet sich in Ueckermünde. Die Außenstelle befindet sich im Ortsteil Bellin am Stettiner Haff. Im Jugendhilfezentrum können Kinder, Jugendliche und junge Volljährige beiderlei Geschlechts pädagogisch im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) in unterschiedlich konzipierten Maßnahmen ambulant, teilstationär oder stationär gefördert werden. Zum Jugendhilfezentrum gehören neben den sozialpädagogischen Betreuungsformen eine Schulsozialstation und der Psychologische Dienst. In der Diagnostikgruppe haben 7, in der heilpädagogisch-therapeutischen, Verselbständigungs- und Intensivgruppe gemäß § 35a SGB VIII jeweils 10 Kinder und Jugendliche Platz (<http://www.jhz-ueckermuende.de>).

3. Kooperation seit 2002: KJP und JHZ Ueckermünde

2001 fand ein interdisziplinäres Symposium zum Thema „Kooperation“ in Ueckermünde statt. Basierend auf den Erkenntnissen des Symposiums wurde 2002 eine erste Kooperationsvereinbarung zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und dem Jugendhilfezentrum Ueckermünde unterschrieben. Im Rahmen der Kooperation bietet die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ca. 10 Wochenstunden regelmäßig Teamberatungen, Fortbildungen und soziales Kompetenztraining an. Begleitende Familienarbeit, regelmäßige ambulante Therapietermine, Sprechstunden innerhalb der Jugendhilfeeinrichtung, Hospitationsangebote sowie ggf. Krisenmanagement vor Ort gehören ebenfalls zu den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein gemeinsames Angebot beider Helfersysteme ist die seit Juni 2012 existierende Trennung- und Scheidungsberatung.

Zu einer tragfähigen und verlässlichen Zusammenarbeit beider Helfersysteme sind einige strukturelle Minimalbedingungen zu erfüllen. Zu diesen Minimalbedingungen gehört auch, dass beide Systeme zunächst für sich klären, wie sie ihre Aufgabe verstehen. Im Rahmen von Fortbildungen muss zuerst ein gemeinsames Grundverständnis über die Aufgaben, Arbeitsweisen, Zuständigkeiten und Zieldefinitionen beider Systeme etabliert werden. Dabei sind die unterschiedlichen Grundvoraussetzungen bezüglich der erbringbaren Leistungen in den beiden Helfersystemen von zentraler Bedeutung, die immer wieder betont und zum Thema von Fortbildungen gemacht werden müssen: Voraussetzung für die Gewährung einer Jugendhilfemaßnahme ist der erzieherische Bedarf. Über den Bedarf entscheidet das Jugendamt. Voraussetzung für eine Leistung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsbedarf. Voraussetzung für den Behandlungsbedarf ist das Vorhandensein einer psychischen Störung. Über den Behandlungsbedarf entscheidet der Arzt. Reibungspunkte zwischen den beiden Systemen entstehen häufig dadurch, dass die Aufgaben und Arbeitsweisen unterschiedlich verstanden werden.

Zu den weiteren strukturellen Bedingungen gehören regelmäßige Informationsvermittlungen, Konferenzen zur Überprüfung der Kooperation und Regelungen für Krisen und Konflikte.

Aktuell leben sechs Kinder und Jugendliche mit einer F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), zwei mit einer F7 (Intelligenzstörung), zwei mit einer F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und jeweils ein Jugendlicher mit einer F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) Diagnose in der Intensivgruppe Bellin (§ 35a SGB VIII).

4. Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Beteiligung der Jugendhilfe

4.1 Geplante Aufnahme

Prozesstechnisch ist es erforderlich, einen klar definierten Ablaufplan hinsichtlich des Aufnahmeverfahrens und der Zuständigkeiten innerhalb beider Systeme in den Kooperationsverträgen festzulegen. Für eine gelungene Zusammenarbeit ist die Klarheit über die Verantwortung von zentraler Bedeutung.

Wenn in der Jugendhilfeeinrichtung über den erzieherischen Bedarf hinaus der Verdacht auf Behandlungsbedarf entsteht, initialisiert die Einrichtung mit dem Jugendamt und den sorgeberechtigten Personen ein Hilfeplangespräch, in dessen Rahmen über die Notwendigkeit bezüglich einer kinder- und jugendpsychiatrischer Unterstützung entschieden wird. Es ist von zentraler Bedeutung, dass alle Beteiligten die psychiatrische Vorstellung befürworten und unterstützen. Das Jugendamt, der Bezugsbetreuer aus der Einrichtung und die sorgeberechtigten Personen begleiten das Kind oder den Jugendlichen zum geplanten Gespräch in die Klinik. Im Gespräch werden seitens der Jugendhilfe umfassende Informationen zur aktuellen Problematik und zum Klienten gegeben. Ebenfalls Gegenstand des Gespräches ist die Formulierung von Aufträgen seitens der Jugendhilfe und Sorgeberechtigten an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei der Zielformulierung für Patienten immer wieder zu betonen ist, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht die Funktion einer Kontrollinstanz erfüllen kann. Ob die Ziele erreicht worden sind, muss vom Jugendamt in Zusammenarbeit mit der Einrichtung und den Sorgeberechtigten regelmäßig überprüft werden.

Stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Erstgespräch fest, dass kein Diagnostik- oder Behandlungsbedarf besteht, endet die Beteiligung der

Klinik bereits hier. Stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie aber fest, dass Diagnostik- und Behandlungsbedarf besteht, wird über das Setting der Behandlung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden (ambulant, teilstationär, vollstationär). Bei einer stationären Aufnahme ist es erforderlich, Vereinbarungen zu zeitlichen Aspekten (Beginn, Dauer), zu den Aufgaben, Verpflichtungen, Verantwortungen und Zuständigkeiten der Beteiligten zu treffen. Es ist von großer Bedeutung, dass die Jugendhilfe während des Klinikaufenthaltes aktiv bleibt und die Verantwortung beibehält, genauso wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der Klinikentlassung in der Verantwortung bleibt, in den Jugendhilfeeinrichtungen kooperierend weiterzuarbeiten. Während der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leistet die Jugendhilfe Beziehungsarbeit durch regelmäßige Besuche und Besprechungen, ggf. durch Belastungserprobungen in der Einrichtung und signalisiert ihre Co-Verantwortung den Kindern und Jugendlichen. Ein Teil der Kooperationsvereinbarung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem JHZ Ueckermünde legt fest, dass während des Klinikaufenthaltes regelmäßige Besuche seitens der Kinder und Jugendlichen im JHZ stattfinden, wenn die Besuche nicht kontraindiziert sind. Die Beziehungsarbeit soll den Kindern und Jugendlichen das Gefühl geben, dass ihr Lebensmittelpunkt nach der Entlassung in der Jugendhilfeeinrichtung bleibt. Die notwendigen materiellen Ressourcen (Taschengeld, Kulturgeld, Fahrtkosten, etc...) werden von der zuständigen Jugendhilfe bereitgestellt.

4.2 Aufnahme zur Krisenintervention

Unter einer Krise ist ein plötzlich auftretender Zustand eines Kindes/Jugendlichen zu verstehen, der unvorhersehbar innerhalb weniger Stunden eintritt, mit einer Gefährdung für die eigene Gesundheit und/oder die Gesundheit anderer Menschen einhergeht und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln des jeweiligen Systems nicht allein zu lösen ist (Ministerium

für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2011). Da ein großer Anteil der in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen lebenden Kinder und Jugendlichen einen psychiatrischen Behandlungsbedarf aufweisen oder sich bereits in kinderpsychiatrischer Behandlung befinden, kann es aus verschiedenen Gründen zu krisenhaften Zuspitzungen innerhalb der Einrichtungen kommen. Ob ein psychiatrischer Notfall vorliegt und eine psychiatrische Akutvorstellung in der regional zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen muss, entscheidet der Arzt. Des Weiteren ist es ebenfalls eine ärztliche Aufgabe zu entscheiden, ob die Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention erfüllt ist. Wenn die Vermutung und Einschätzung der Einrichtungen über die Notwendigkeit einer sofortigen stationären Krisenintervention von den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht geteilt wird, können seitens der stationären Jugendhilfe Enttäuschungen und Verärgerungen entstehen. Einrichtungen fühlen sich in Krisensituationen von den Kliniken oft allein gelassen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es hilfreich ist, mit den stationären Einrichtungen zu thematisieren, was ein psychiatrischer Notfall ist und wie in so einem Fall vorgegangen werden kann. Ein großer Vorteil einer gelungenen Kooperationsvereinbarung ist, dass in Krisensituationen aufeinander abgestimmt und im Sinne der Kinder bzw. Jugendlichen reagiert werden kann und dass die Aufgaben und Kompetenzen beidseitig klar definiert sind.

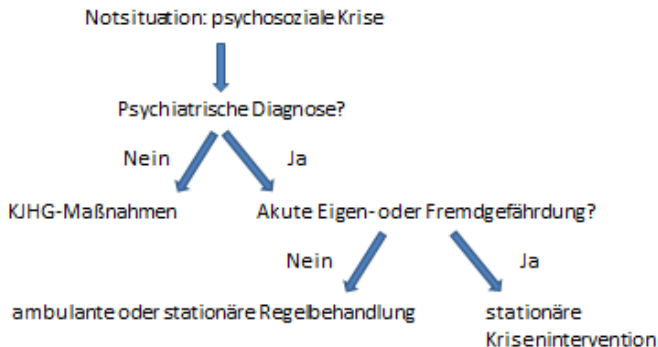
Prinzipiell können alle psychiatrischen Erkrankungen unter psychosozialen Belastungsfaktoren zu einer Akutsituation führen. Ein medizinischer Notfall im Sinne einer unverzüglich indizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung besteht bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung auf dem Boden einer psychiatrischen Erkrankung. Bei akuter Suizidalität besteht eine absolute Indikation zur stationären Krisenintervention und Behandlung, im Bedarfsfall auch gegen den Willen des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten.

Eine weitere absolute Indikation für eine sofortige, möglichst stationäre, kinder- und jugendpsychiatrische Krisenintervention kann bei der Erstmanifestation einer psychotischen Störung bzw. bei einem akuten Schub einer bestehenden schizophrenen Erkrankung bestehen.

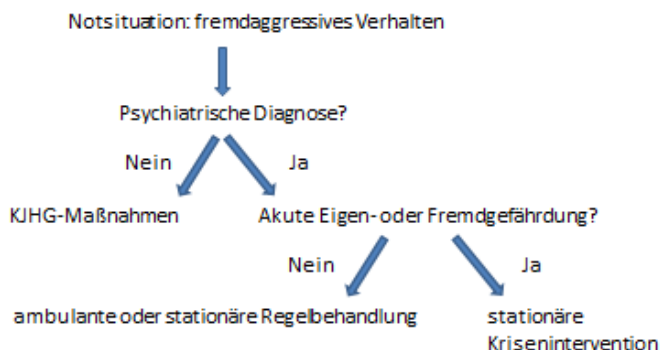
Davon abzugrenzen sind akut auftretende Situationen von vitaler Bedrohung auf dem Boden einer psychischen Grunderkrankung (z.B. Essstörung, Tabletten-, Alkohol-, Drogenintoxikation), die eine unverzügliche pädiatrische Vorstellung und bei Bedarf eine pädiatrische stationäre Aufnahme notwendig machen (Grube, Klitzing, Kroll 2012). Erst bei somatischer Stabilität darf die kinder- und jugendpsychiatrische Verlegung erfolgen.

Zu Recht weisen Krankenversicherungen immer wieder darauf hin, dass psychosoziale und teilweise pädagogische Unzulänglichkeiten nicht zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung führen sollten und rein sozialpädagogische Entgleisungen keine krankenkassenfinanzierten Interventionen nach sich ziehen dürfen (Grube, Klitzing, Kroll 2012). Im Falle einer psychosozialen Krise bei kinder- und jugendpsychiatrisch noch nicht bekannten Patienten muss der Facharzt im Rahmen einer Exploration zumindest den Verdacht auf eine psychiatrische Störung feststellen oder ausschließen. Ob eine sofortige stationäre Krisenintervention bei einer psychosozialen Krise vor dem Hintergrund einer vorhandenen psychischen Störung notwendig ist, wird ebenfalls vom Facharzt im Verlauf der Exploration beurteilt und entschieden. Die Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention in einer psychosozialen Notsituation ist nur bei akutem eigen- und/oder fremdgefährdendem Verhalten auf dem Boden einer psychischen Störung gegeben. In diesem Fall soll die sofortige stationäre Aufnahme zur Krisenintervention erfolgen. Wenn keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, kann eine ambulante oder stationäre Regelbehandlung indiziert sein. Beim Ausschluss einer psychi-

schen Erkrankung sind SGB VIII-Maßnahmen bei bestehenden psychosozialen Krisen und Gefährdungen vorrangig.



Ein häufiger Vorstellungsanlass aus den stationären Jugendhilfeeinrichtungen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenintervention ist fremdaggressives Verhalten. Nur beim Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose (z.B. Bindungsstörung, PTBS, etc...) darf eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfolgen. Über das Behandlungssetting (ambulant vs. stationär, reguläre Behandlung vs. Krisenintervention) wird nach dem Schweregrad der Akutsymptomatik durch den Arzt entschieden. Beim fremdaggressiven Verhalten ohne psychiatrische Erkrankung dürfen Kinder und Jugendliche nicht zulasten der Krankenkasse behandelt werden.



Da es aus vielen verschiedenen Gründen zu krisenhaften Zuspitzungen in den Jugendhilfeeinrichtungen kommen kann, müssen alle möglichen Krisensituationen, die formalen Abläufe in diesen denkbaren Szenarien und die Verantwortung der verschiedenen Helfersysteme bezüglich der Sicherung der Prozessqualität in der Kooperationsvereinbarung klar definiert werden. Eine gelungene Kooperation in Krisensituationen soll die Handlungsmöglichkeiten aller Akteure erweitern und den Leidensdruck der Kinder und Jugendlichen mindern.

Es sind mehrere Prozessabläufe in Abhängigkeit von der Krisensituation denkbar:

- Das Kind oder der Jugendliche ist bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krisensituation während der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Klinik: es ist telefonisch mit einem Facharzt der Klinik abzustimmen, ob ein Krisengespräch noch am gleichen Tag erfolgen muss. Zu dem Krisengespräch sollten der über die aktuelle Krisensituation auskunftsfähige Betreuer aus der Einrichtung und die Sorge-

- berechtigten Personen anwesend sein. Im Rahmen des Krisengespräches entscheidet der Arzt, ob eine Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention besteht. Im Fall einer stationären Aufnahme muss das Jugendamt von der Einrichtung informiert werden.
- Das Kind oder der Jugendliche ist bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krisensituation außerhalb der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Klinik: in so einem Fall muss der kassenärztliche Notdienst bzw. der Notarzt kontaktiert werden. Der Notarzt entscheidet, ob eine sofortige Einweisung in die regional zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen muss. Wenn nach dem Ermessen des Notarztes eine sofortige Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig ist, wird im Rahmen des Krisengespräches vom diensthabenden Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden, ob eine Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention besteht. Im Vorfeld sollte die Klinik durch die Einrichtung über die Einweisung informiert werden. Zu dem Krisengespräch sollten der über die aktuelle Krisensituation auskunftsfähige Betreuer aus der Einrichtung und die sorgeberechtigten Personen anwesend sein. Im Fall einer stationären Aufnahme muss das Jugendamt von der Einrichtung informiert werden.
 - Das Kind oder der Jugendliche ist bisher kinder- und jugendpsychiatrisch nicht vorgestellt worden und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krisensituation während der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Klinik: Ein Krisenvorstellungstermin ist mit der regional zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz zu vereinbaren. Zu dem Krisengespräch sollten der über die aktuelle Krisensituation auskunftsfähige Betreuer aus der Einrichtung und die sorgeberechtigten Personen anwesend sein. Im Rahmen des

- Krisengespräch wird geklärt, ob eine Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention besteht. Im Fall einer stationären Aufnahme muss das Jugendamt von der Einrichtung informiert werden.
- Das Kind oder der Jugendliche ist bisher kinder- und jugendpsychiatrisch nicht vorgestellt worden und es besteht Vorstellungsbedarf aufgrund einer Krisensituation außerhalb der regulären Rahmenzeiten der behandelnden Klinik: in so einem Fall muss der kassenärztliche Notdienst bzw. der Notarzt kontaktiert werden. Der Notarzt entscheidet, ob eine sofortige Einweisung in die regional zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen muss. Wenn nach dem Ermessen des Notarztes eine sofortige Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig ist, wird im Rahmen des Krisengesprächs vom diensthabenden Arzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden, ob eine Indikation für eine sofortige stationäre Krisenintervention besteht. Zu dem Krisengespräch sollten der über die aktuelle Krisensituation auskunftsfähige Betreuer aus der Einrichtung und die sorgeberechtigten Personen anwesend sein. Im Fall einer stationären Aufnahme muss das Jugendamt von der Einrichtung informiert werden (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2011).

Ein großer Vorteil einer Kooperationsvereinbarung besteht darin, dass ein abgestimmtes Reagieren in Krisensituationen durch kurze und sichere Wege im Sinne der Kinder bzw. Jugendlichen erfolgen kann. Eine gelungene Kooperation setzt aber auch voraus, dass beide autonome Helfersysteme sich „auf Augenhöhe“ begegnen, sich gegenseitig akzeptieren und wertschätzen und dabei stets das Kindeswohl und die seelische und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vor Augen halten.

5. Literaturverzeichnis

Fegert, J. M. und Schrappner, C. (Hg.) (2004). Handbuch der Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa.

Goldbeck, L. und Fegert, J.M. (2006). Evaluation eines aufsuchenden, multi-modalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht.

Grube, Klitzing, Kroll, (2012). Notfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Indikation und diagnostische Einschätzung. Kinder und Jugendmedizin 1/2012, S.

Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V 2011. Leitfaden zur Zusammenarbeit: Kinder- und Jugendhilfe mit Kinder- und Jugendpsychiatrie in M-V.

<http://www.jhz-ueckermuende.de>

<http://www.ameos.eu/1644.html>

Vernetzte Fallarbeit als Form der Kooperation bei Kindeswohlgefährdung zwischen Klinik, Gesundheits-, Sozial- und Jugendamt

Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH

Ziel interdisziplinärer Kooperationen ist die schnittstellenübergreifende Gestaltung der Zusammenarbeit in Bezug auf die gemeinsame grundgesetzliche Aufgabe des Kinderschutzes, insbesondere in Bezug auf die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheit. Ein respektvoller und wertschätzender Umgang zwischen Kooperationspartnern/innen stellt die Grundlage von gelingender Kooperation dar und sollte in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen ihren Ausdruck finden.

Dabei geht es keineswegs um kommunalpolitische Absichtserklärungen, sondern um eine handhabbare Orientierung für das praktische Handeln auf der Arbeitsebene, in Bezug auf die gemeinsame, arbeitsfeldübergreifende Bearbeitung des Einzelfalls.

Beispiel einer Kooperationsvereinbarung im Rahmen vernetzter Fallarbeit⁹ zwischen Klinik, Gesundheitsamt, Sozialamt sowie Jugendamt

I. Präambel

Ziel der Kooperationsvereinbarung ist die schnittstellenübergreifende Gestaltung der Zusammenarbeit und der Aufgaben des Kinderschutzes. Ein respektvoller und wertschätzender Umgang zwischen den Kooperationspartnern/innen stellt die Grundlage für den Abschluss der nachfolgenden Kooperationsvereinbarung dar.

II. Schnittstellen der Kooperation

1. Schutz vor Kindeswohlgefährdung als Aufgabe aller beteiligten Kooperationspartner/innen

- Die Meldung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung erfolgt gem. § 4 Abs. 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)¹⁰ an das Jugendamt (siehe Verfahrensweisen, Punkt 1) zum Zweck der Wahrnehmung des Schutzauftrags gem. § 8a, Abs. 1 SGB VIII.
- Bei Einschätzung der Kindeswohlgefährdung werden der besondere Pflege-, Versorgungs- und Schutzbedarf von Kindern und Jugendli-

⁹ Vgl. dazu „Kooperationsvereinbarung über vernetzte Fallarbeit zwischen der Charité - Universitätsmedizin Berlin und dem Land Berlin - Gesundheitsamt des Bezirks Berlin Reinickendorf sowie dem Land Berlin - Jugendamt des Bezirks Berlin Reinickendorf
http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/kindergesundheit/koop_vernetzte_fallarbeit.pdf?start&ts=1281088099&file=koop_vernetzte_fallarbeit.pdf

¹⁰ Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) Artikel 1

chen mit chronischen körperlichen und seelischen Erkrankungen bzw. der nachstationären Pflege berücksichtigt.

- Die beteiligten Fachkräfte sind dazu verpflichtet, eine besondere Aufmerksamkeit walten zu lassen, wenn eine chronisch-schleichende Vernachlässigung zu beobachten ist, die Eltern an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, drogen- bzw. alkoholabhängig sind oder substituiert werden.
- Kooperieren die Eltern trotz Unterstützungsindikation nicht oder sind dazu nicht in der Lage, werden gemeinsam in einer Fachkonferenz die notwendigen Schritte festgelegt: Inhaltliche und zeitliche Vereinbarungen, Rollenverteilung, Kontrolltermine (siehe Verfahrensweisen, Punkte 4 und 5).
- Sind die Eltern trotz intensiver interdisziplinärer Bemühungen nicht ausreichend in der Lage bzw. nicht bereit die Gefährdungssituation abzuwenden und/oder reicht das aktuelle Unterstützungsangebot nicht aus, ist das Familiengericht anzurufen Ziel ist ggf. Auflagen zu verfügen oder notwendige Eingriffe ins Sorgerecht zu beschließen (siehe Verfahrensweisen, Punkt 7).
- Unverzügliche Abstimmung bei der Durchführung von:
 - Inobhutnahmen gem. § 42 SGB VIII im Kinderschutzfall
 - gerichtlich angeordneten Unterbringungen gem. § 1631b BGB.

2. Jugendhilfe

Sollten notwendige und geeignete Hilfen im Sinne des SGB VIII angezeigt sein, so wird Jugendhilfe tätig. Möglichkeiten stehen in Form von Beratung und Unterstützung von Familien gem. §§ 16 ff. SGB VIII, Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27 ff. SGB VIII und/oder Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII zur Verfügung. Das Einsetzen von (nachrangigen) Rehabilitationsleistungen gem. SGB IX, insbesondere im Rahmen von Sozialhilfe in Form von Eingliederungshilfen gem. §§ 53, 54 SGB XII stehen gleichrangig zur Verfügung. Dazu wird im Sinne einer unterstützenden Zusammenarbeit vereinbart:

- Fachliche Stellungnahmen durch behandelnde Kliniken bzw. Ambulanzen bzw. fachdienstliche Stellungnahmen durch medizinische und/oder psychosoziale Dienste¹¹. Diese enthalten i. d. R. die sich aus der Diagnose ergebenden Beeinträchtigungen und Erfordernisse. Diagnosen können, soweit im Einzelfall erforderlich, angegeben werden.
- Feststellung der Beeinträchtigung bzw. des Krankheitswertes auf Grund einer seelischen Störung im Sinne der ärztlichen Beteiligung gem. §§ 35a Abs. 1a und 36 Abs. 3 SGB VIII .
- Ärztlich gutachterliche Feststellung des Behinderungsbildes.

3. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist für alle gesundheitlichen Belange in Bezug auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zuständig. Eine sozialpädagogische Beratung und Betreuung, auch hinsichtlich der Früherkennung einer Kindeswohlgefährdung, erfolgt in der

¹¹ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD), Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), Beratungsstelle für Risikokinder, Erziehungs- und Familienberatung (EFB), Schulpsychologischer Dienst

Regel bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres. Des Weiteren erfolgt Beratung und Unterstützung für Schwangere durch eine örtliche Schwangerschaftsberatungsstelle.

III. Leistungsstrukturen und Zusammenarbeit

Für Hilfen und Maßnahmen der Jugendhilfe (insbesondere der Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27 ff. SGB VIII, Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII und Aufgaben des Kinderschutzes nach Maßgabe des § 8a SGB VIII) liegt die gesetzliche Zuständigkeit bei der jeweils fallzuständigen Fachkraft (i.d.R. Sozialarbeiter/in) des Sozialen Dienstes des örtlich zuständigen Jugendamtes.

Für alle medizinischen Maßnahmen/Behandlungen ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin bzw. Psychologe/Psychologin der Kliniken/Ambulanzen verantwortlich.

Grundlage der Zusammenarbeit sowie der Fach- und Hilfekonferenzen ist ein aneinander angepasstes Melde- und Dokumentationssystem unter Verwendung (möglichst) einheitlicher Formulare. Es

dient der Verständigung und Kommunikation auf einer gemeinsamen Ebene bei der Einschätzung des Hilfe- oder Schutzbedarfs eines Kindes oder Jugendlichen.

Unter der Berücksichtigung aller fachlichen Stellungnahmen und der datenschutzrechtlichen Regelungen werden das medizinische Behandlungs- und das sozialpädagogische Hilfe- bzw. Schutzkonzept abgestimmt (z. B. in einer Fachkonferenz, siehe Verfahrensweisen).

Empfehlungen der Kliniken für Hilfen oder Leistungen bzw. Schutzmaßnahmen der Jugendhilfe sind ausdrücklich erwünscht (insbesondere bei intensi-

ver oder langjähriger Kenntnis des/r Patienten/in). Sie sollten möglichst frühzeitig im Rahmen des fachlichen Austausches kommuniziert werden und dienen dem Jugendamt als eine der Grundlagen der Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII bzw. dem Sozialamt im Rahmen der Gesamtplanung gem. § 58 SGB XII.

Bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII bzw. gem. § 4 KKG sind die Kooperationspartner/innen gehalten, die im konkreten Einzelfall zur Abwendung der Gefahr notwendigen Informationen an die anderen Kooperationspartner/innen weiterzugeben. Eine Übermittlungsbefugnis ergibt sich daraus, dass auch ohne hierfür in jedem Fall eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten oder des einwilligungsfähigen Jugendlichen vorliegen muss. Hierbei ist u. a. § 4 Abs. 3 KKG (Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung) zu beachten.

Die Kooperationspartner/innen verpflichten sich zu möglichst frühzeitigen gemeinsamen Fachkonferenzen; insbesondere zur Einschätzung eines Gefährdungsrisikos; und/oder Hilfef Konferenzen Mindeststandard sollte jedoch ein persönlicher (fern-)mündlicher Austausch (siehe Verfahrensweisen Punkt 4) sein. Für ambulante und stationäre Patienten/innen der Kliniken/Ambulanzen wird der/die behandelnde Arzt/Ärztin oder Psychologe/in bei Fach- bzw. Hilfef Konferenzen das Krankheitsbild des jungen Menschen erläutern und konkrete Behandlungsschritte, sowie deren Verankerung in der Hilfeplanung, vorschlagen.

Die Ergebnisse der Fach- bzw. Hilfef Konferenzen sind unter Angabe eines Zeitraums zur Umsetzung in einem Kurzprotokoll festzuhalten und von allen Beteiligten zu unterzeichnen (siehe Verfahrensweisen). Die Kooperations-

partner/innen informieren sich gegenseitig frühzeitig über das weitere Vorgehen (z. B. bei Änderung des Verlaufs).

Zu den datenschutzrechtlichen Befugnissen in der Zusammenarbeit wird auf den folgenden Punkt IV verwiesen.

IV. Schutz personenbezogener Daten und ärztliche Schweigepflicht

1. Die Kooperation zwischen dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt, dem Jugendamt und der Klinik setzt eine Übermittlung personenbezogener Daten zwischen den Kooperationspartnern/innen voraus (siehe Verfahrensweisen Anlage 1). Die hierbei geltenden gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse, insbesondere des Sozialgesetzbuchs (SGB) VIII und X, des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) sowie des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) sind zu beachten. Die Verpflichtung zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten bleibt unberührt.

2. Eine Übermittlung personenbezogener Daten vom Jugendamt an den KJGD bzw. die Klinik oder das Sozialamt ohne Einwilligung der Betroffenen¹² ist gem. § 64 Abs. 2 SGB VIII i. V. m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig, wenn es für die Erfüllung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung erforderlich ist. Eine Übermittlung ist insbesondere zulässig, wenn ein sofortiges Tätigwerden erforderlich ist und die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten nicht mitwirken (können) und das Jugendamt die zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst einschaltet (§ 8a Abs.

¹² Dies bezieht sich auf die Einwilligung der Personensorgeberechtigten oder des einwilligungsfähigen Jugendlichen (i. d. R. mittels schriftlicher Schweigepflichtentbindung). Die Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen ist nur dann gegeben, wenn er die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, um selbst zu entscheiden, ob seine persönlichen Daten weitergegeben werden sollen oder nicht. In der Regel wird man im vorliegenden Zusammenhang davon ausgehen können, dass die Einwilligungsfähigkeit nach Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegt. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit hat die schweigepflichtige Person vorzunehmen und zu dokumentieren.

4 SGB VIII). Eine Datenübermittlung ist gem. § 64 Abs. 2 SGB VIII nur zulässig, wenn dadurch nicht der Erfolg einer zu gewährenden Leistung in Frage gestellt wird. Der Erfolg der zu gewährenden Leistung umfasst die hinreichende, rechtzeitige Abwendung der Kindeswohlgefährdung umfasst (weitere Einschränkungen s. Punkt 5.).

3. Eine Übermittlung von Daten durch die Klinik an den KJGD oder an das Jugendamt bzw. an das Sozialamt ist zulässig, bei Einwilligung der Betroffenen (s. o.) oder soweit dies zur Abwehr von Gefahren für Leib, Leben oder die persönliche Freiheit des/der Patienten/in erforderlich ist (§ 13 Abs. 2a Brandenburgisches Datenschutzgesetz/BbgDSG).

4. Eine Übermittlung von Daten durch den KJGD an das Jugendamt bzw. an das Sozialamt oder an die Klinik ist zulässig, bei Einwilligung der Betroffenen (s. o.). Eine Einwilligung ist entbehrlich, wenn die Voraussetzungen des § 28 Abs. 4 BbgGDG unter Beachtung der in der Rechtsverordnung hierzu erlassenen Regelungen vorliegen.

5. Auch die Mitarbeiter/innen der Sozialämter sind vom Gesetzgeber durch den § 35 SGB I ausdrücklich dazu verpflichtet das Sozialgeheimnis zu wahren. Eine Übermittlung von Sozialdaten an den KJGD bzw. an die Klinik oder an das Jugendamt darf nur dann erfolgen, wenn ein Gesetz dies erlaubt oder die Betroffenen zuvor ausdrücklich eingewilligt haben (§ 67d Abs. 1 SGB X). In den §§ 67e bis 77 SGB X sind eine Vielzahl von Regelungen fixiert, die eine Übermittlung an andere (öffentliche) Stellen erlauben. An der Schnittstelle zum KJGD bzw. zur Klinik oder zum Jugendamt sind insbesondere die Regelungen der § 67e SGB X zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch, § 68 SGB X zur Gefahrenabwehr und § 69 SGB X zur Erfüllung sozialer Aufgaben von Bedeutung.

6. Darüber hinaus sind Geheimhaltungs- und Verschwiegenheitspflichten nach § 65 SGB VIII und § 203 Abs. 1 und 3 StGB und in diesem Zusammenhang die Regelungen des § 4 Abs. KKG (BKISchG Artikel 1) zu beachten.

a) Daten, die im Sinne des § 65 SGB VIII Mitarbeitern/innen des Jugendamtes zum Zweck persönlicher und erzieherischer Hilfe anvertraut worden sind, können an die benannten Kooperationspartner/innen nur weitergegeben werden:

- bei Vorliegen einer Einwilligung der Betroffenen (s. o.) nach § 65 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII,
- zum Zwecke der Abschätzung des Gefährdungsrisikos nach § 65 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII. In diesen Fällen sind die Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit diese Aufgabenerfüllung es zulässt (§ 64 Abs. 2a SGB VIII) oder
- in den Fällen, in denen auch Personen, die unter die direkte Anwendung des § 203 Abs. 1 oder 3 StGB fallen, Daten weitergeben können (insbesondere nach § 34 StGB).

b) Personen, die zum Kreis der nach § 203 Abs. 1 oder 3 StGB geheimhaltungspflichtigen Personen gehören (Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und der Klinik), können die Daten an die Kooperationspartner/innen nur weitergeben,

- bei Einwilligung der Betroffenen (s. o.) für die jeweilige Übermittlung. Art und Umfang der zu übermittelnden Daten sind zu spezifizieren (siehe Anlage 6: Einwilligungsformulare).
- wenn ein Fall des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB vorliegt. Ein solcher ist anzunehmen, wenn die Datenübermittlung als Ergebnis einer Interessenabwägung notwendig ist, um eine gegenwärtige Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen ab-

zuwenden und es kein milderes, ebenso geeignetes Mittel gibt. Die Gefahr ist gegenwärtig, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer erheblichen Schädigung ausgegangen werden kann. Der Bruch der Schweigepflicht erfordert mithin eine sorgfältige Abwägung der widerstreitenden Interessen. Die Gründe, die zu der Entscheidung geführt haben, sind in der Patienten/innenakte zu dokumentieren.

- wenn vor der Übermittlung und bei vorliegenden gewichtiger Anhaltspunkte die in § 4 KKG für eine Kindeswohlgefährdung bestimmten Verfahrensvorgaben beachtet werden.

V. Lösungsmanagement in strittigen Fällen

In strittigen Fällen sind zunächst die Leitung des Sozialen Dienstes des Jugend-, Sozial- bzw. Gesundheitsamtes bzw. der klinische Verantwortliche einzubeziehen. Im Rahmen einer Fachkonferenz ist Konsens herzustellen, z. B. bei unterschiedlicher Einschätzung des Schutzbedarfs, bei seelischen bzw. körperlichen Erkrankungen. Bei Fortbestehen eines erheblichen Dissenses erfolgt in aller Regel in Absprachen zwischen den Beteiligten die Einschaltung des Familiengerichts. Ist hier keine Einigung über die Einschaltung des Gerichtes zu erzielen übernimmt dies das Jugendamt.

Ebenfalls ist es unter Beachtung der jeweils geltenden Datenschutzregelungen angezeigt eine externe Fachberatung hinzuzuziehen.

Wird trotzdem keine Einigung erzielt, bzw. kommt es trotz Bemühungen nicht zeitnah zu einem fachlichen Austausch, kann das Familiengericht von jedem/r Kooperationspartner/in direkt angerufen werden (siehe Verfahrensweisen).

Die Kooperationspartner/innen verpflichten sich zeitnah, sich gegenseitig über den Verlauf des Verfahrens zu unterrichten.

VI. Struktur und Aufgaben der Kooperation

Die Kooperationsvereinbarung gilt gemeinsam mit den jeweils aktuellen Verfahrensweisen zur Umsetzung (siehe Anlage 1). Die Kooperationspartner/innen verpflichten sich zu regelmäßigen Rückkopplungen zu den Betreuungsverläufen im Sinne einer Evaluation. Dabei sind anonymisierte oder pseudonymisierte Daten zu verwenden.

Zwischen Klinik bzw. Ambulanz sowie Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt finden regelmäßige halbjährliche Abstimmungen auf Leitungsebene zur Kooperation statt. Hierbei werden auch Veränderungen (Mitarbeiter/innenverzeichnis, Beratungs- und Leistungsangebote etc.) mitgeteilt.

In den Kooperationsgesprächen werden der jeweilige Folgetermin und die Einladungszuständigkeit festgelegt.

Die Kooperationsvereinbarung wird mit dem Datum des zuletzt Unterzeichnenden wirksam und gilt zunächst für ein Jahr. Sie verlängert sich automatisch um ein Jahr, solange dem nicht einer der Partner/innen mit einer Frist von drei Monaten widerspricht.

Diese Kooperationsvereinbarung orientiert sich an der derzeit geltenden Rechtslage.

Treten neu rechtliche Regelungen in Kraft, wird die Kooperationsvereinbarung entsprechend angepasst.

Anlage: Verfahrensweisen zur Kooperationsvereinbarung

Anlage Verfahrensweisen im Rahmen vernetzter Fallarbeit im Kinderschutz

Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen

Die in den Verfahrensweisen vorgesehenen Übermittlungen personenbezogener Daten (siehe dazu auch Punkt IV der Kooperationsvereinbarung) zwischen den Kooperationspartnern/innen sind datenschutzrechtlich nur zulässig, wenn

- a) eine Einwilligung der Personensorgeberechtigten und/oder des einwilligungsfähigen Jugendlichen vorliegt (Schweigepflichtentbindung)¹³
- b) eine Kindeswohlgefährdung bereits feststeht oder gewichtige Anhaltspunkte für eine solche vorliegen und die Gefahr nicht anders als durch eine Informationsweitergabe abwendbar ist. Voraussetzung hierfür ist eine gegenwärtige (bzw. permanente) und konkrete gesundheitliche Gefährdung des Kindes (körperlich, kognitiv und/oder entwicklungsbezogen). Die Gefahr ist gegenwärtig, wenn die natürliche Weiterentwicklung der gegebenen Sachlage jederzeit in einen Schaden umschlagen kann. Es müssen die Voraussetzung grundsätzlich des § 65 SGB VIII oder im Einzelfall bei Gefahr in Verzug des rechtfertigenden Notstandes gem. § 34 StGB vorliegen.

¹³ Anmerkung: Im Sinne der Transparenz und Fachlichkeit sind Eltern durch alle beteiligten Fachkräfte im Rahmen der Hilfeplanung gemäß § 36 Abs. 1 SGB VIII auch über ihre Rechte im Datenschutz aufzuklären. Dazu zählt insbesondere, dass Schweigepflichtsentbindungen nicht pauschal (d.h. für alle vorhergesehenen und unvorhergesehenen Ereignisse und Gegebenheiten in der Zukunft) Gültigkeit haben, sondern zeitlich und thematisch begrenzt sowie jederzeit widerrufbar sind. Eine beispielhafte Schweigepflichtsentbindung ist als Anlage beigefügt.

1. Meldungen an ASD / KJGD / Sozialamt durch die Klinik

Bei Kindeswohlgefährdung bzw. bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ist der Soziale Dienst des Jugendamtes (ASD) unter Beachtung des § 4 KKG und der eigenen datenschutzrechtlichen Bestimmungen einzuschalten. Bei den unter 3-Jährigen wird zusätzlich der KJGD mit der Aufgabe einer fachlichen Stellungnahme informiert. Wenn Gefahr in Verzug für eine/n Minderjährige/n besteht und unmittelbares Handeln erforderlich ist (z. B. eine Inobhutnahme), so ist unverzüglich gem. der örtlichen Festlegungen zu verfahren.

Besteht ein Unterstützungsbedarf für Minderjährige in gesundheitlichen Fragen ist der KJGD zu informieren. Dieser ist in Fragen der Kindergesundheit grundsätzlich als Kontaktstelle zu nutzen, insbesondere wenn im eigenen Selbstverständnis keine Kindeswohlgefährdung i. S. d. § 4 KKG vorliegt.

Besteht ein Unterstützungsbedarf für Kinder und Jugendliche in anderweitigen Fragen ist der ASD zu informieren. Bei Kindeswohlgefährdung bzw. gewichtigen Anhaltspunkten für eine solche (§ 8a SGB VIII) wird im ASD diese in der Regel über einen „Meldebogen“ aktenkundig erfasst.

Alle Meldungen an den ASD bzw. den KJGD erfolgen ausschließlich schriftlich ergänzt durch ein persönliches Telefonat mit der/dem zuständigen Sozialarbeiter/in des ASD (siehe Punkt 2). Die Übergabe ist mit Angabe von Datum und Uhrzeit namentlich aktenkundig zu machen.

2. Rückmeldungen an Klinik durch den ASD / KJGD /Sozialamt

Eine Rückmeldung per Fax durch den ASD bzw. KJGD wird, wenn keine persönliche Übergabe erfolgte, innerhalb von 24 Stunden (ausgenommen Wochenenden) gegeben. Hier werden die/der zuständige Sozialarbeiter/in mit

Tel.- und Fax-Nummer ggf. E-Mailadresse, Stellenzeichen, die Erreichbarkeit und ggf. Hinweise zum weiteren Verfahren angegeben.

3. Stellungnahmen

Bei Handlungsbedarf aus medizinischer bzw. sozialrechtlicher Sicht oder auf Anforderung wird eine fachliche Stellungnahme der Klinik bzw. des Sozialamtes in Ergänzung zur Meldung (s. o.) in Briefform an den ASD bzw. KJGD gesandt (vgl. Punkt IV der Kooperationsvereinbarung). Die Patienten/innen werden darüber informiert.

Die fachliche Stellungnahme erfolgt bei stationären Patienten/innen zum Zeitpunkt der Entlassung im Rahmen eines Kurzarztbriefes und bei ambulanten Patienten/innen nach Abschluss der Diagnostik und im weiteren Verlauf.

Das Sozialamt erstellt eine Stellungnahme, wenn im Kontext einer (möglichen) Gefährdung von Kindern Sozialleistungen nicht ausreichen, gestrichen oder offensichtlich alternativlos nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Bei Kindeswohlgefährdung bzw. bei gewichtigen Anhaltspunkten i. S. d. § 4 KKG, wird die Stellungnahme durch eine entsprechende eigene Einschätzung gem. § 4 Abs. 1 KKG ergänzt.

4. Fach- und Hilfekonferenz

Ein gegenseitiger Informationsaustausch im Rahmen von Fach- und Hilfekonferenzen darf zweckgebunden erfolgen, solange die Kooperationspartner/innen die Familien jeweils in eigener Zuständigkeit betreuen und die Personensorgeberechtigten (Eltern Vormund) der die/der einwilligungsfähige Jugendliche einem aufeinander abgestimmten Behandlungs- und Betreu-

ungskonzept (siehe Punkt 5) zustimmen und die erforderlichen Schweigepflichtentbindungserklärungen abgegeben haben¹⁴.

Wenn die Personensorgeberechtigten oder die/der ein willigungsfähige Jugendliche diesem nicht zustimmen, können zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung oder zu Zwecken der Gefährdungseinschätzung bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte Informationen nur unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes weitergegeben werden (Vgl. Punkt IV der Kooperationsvereinbarung).

Zur Abstimmung des Hilfebedarfs erfolgt in der Regel eine Hilfskonferenz unter Beteiligung der Eltern. Bei komplexen Problemen und mit Zustimmung der Eltern bzw. bei einer Kindeswohlgefährdung, bei der die Eltern nicht bereit oder in der Lage sind bei der Gefährdungseinschätzung oder bei der Hilfeplanung mitzuwirken, findet in der Regel vor der Hilfskonferenz (mit den Eltern) eine Fachkonferenz (ohne Eltern) statt, über die die Eltern vorher sowie über das Ergebnis informiert werden.

Bei einer Kindeswohlgefährdung bzw. gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung i. S. d. § 4 KKG findet die Fach- bzw. Hilfskonferenz vor Entlassung des Kindes in der Klinik statt.

Zum Zeitpunkt der Fachkonferenz sollte die Gefährdungseinschätzung der Klinik in schriftlicher Form soweit als möglich vorliegen.

¹⁴ Anmerkung: Durch die Schweigepflichtentbindung sind die an der Hilfe beteiligten Fachkräfte im Sinne des Datenschutzes zur Informationsübermittlung und –nutzung berechtigt. Dies ist jedoch nicht als pauschalisierte Schweigepflichtentbindung anzusehen. Für den Fall, dass bisher an der Ausgestaltung einer Hilfe unbeteiligte Dritte, z. B. im Sinne einer notwendigen Expertise, einbezogen werden oder sich am Fallverlauf grundlegende Änderungen ergeben, muss die Entbindung von der Schweigepflicht für alle Beteiligten erneut erfolgen.

Ergebnisse der Fach- und Hilfekonferenzen werden schriftlich festgehalten. Weitere Beteiligte im Hilfe- und Unterstützungssystem werden aktenkundig namentlich erfasst. Falls ein/e Kooperationspartner/in nicht anwesend ist, wird das Protokoll der Fach- bzw. Hilfekonferenz zur Information übersandt.

Ergebnisse der Fach- und Hilfekonferenzen werden zeitnah mit dem ASD abgestimmt und schnellstmöglich rückgemeldet, um diese ggf. in erneute Einschätzungen einbeziehen zu können.

5. Abstimmung der Hilfeplanung, der Gesamtplanung und des medizinischen Behandlungskonzepts

Bei der Einleitung von Jugendhilfeleistungen (insbesondere zur Hilfe zur Erziehung sowie zur Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII) wird im Zusammenwirken mit den Fachkräften und den Personensorgeberechtigten gem. § 36 SGB VIII ein Hilfeplan erstellt. Entsprechend des aktuell gültigen Verfahrensablaufes zur Hilfeplanung werden die Perspektive und Ziele, die Art der Hilfe und die erforderlichen Handlungsschritte vereinbart und dokumentiert.

Die Erstellung von Gesamtplänen für behinderte Kinder und Jugendliche erfolgt gem. § 53 SGB XII in Verantwortung des Sozialamtes analog.

Bei der Erstellung von Hilfeplänen, Gesamtplänen und anderweitigen Vereinbarungen werden medizinische Besonderheiten und Erfordernisse angemessen berücksichtigt. Dies kann z. B. die Notwendigkeit eines regelmäßigen Austauschs zwischen den Beteiligten (Eltern, Jugendamt, Sozialamt, KJGD, Klinik, den die Hilfe durchführenden Trägern bzw. Fachkräften) bei bestimmten Erkrankungen erforderlich machen.

Kopien von Hilfe- und/oder Gesamtplänen werden bedarfsgerecht und im Rahmen der oben genannten datenschutzrechtlichen Befugnisse i. d. R. mit Wissen und Zustimmung der Personensorgeberechtigten an die beteiligten

Kooperationspartner/innen zum Zweck der besseren eigenen Aufgabenerledigung zur Verfügung gestellt.

6. Rückmeldungen zum Betreuungsverlauf

Bei gemeinsam betreuten Fällen werden - unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen - bedarfsgerecht Rückmeldungen zu den Betreuungsverläufen gegeben (per Telefon, Fax, Briefform oder verschlüsselter E-Mail), soweit dies für die weitere Betreuung des Kindes bzw. Jugendlichen durch die einzelnen Kooperationspartner/innen erforderlich erscheint bzw. ist (z. B. bei Änderung des Verlauf oder Vorgehens).

7. Anrufung des Familiengerichts

Bei Nichtkooperation (nicht bereit und/ oder nicht in der Lage) der Eltern und einer bestehen den Kindeswohlgefährdung bzw. bei gewichtigen Anhaltspunkten, wendet sich das Jugendamt gem. § 8a Abs. 2 SGB VIII an das Familiengericht und regt beim Erfordernis einer medizinischen bzw. psychologischen Darstellung die Anhörung der im Fall beteiligten Kooperationspartner/innen an.

Gegenseitige Information über Antragstellung und Verfahrensverlauf erfolgt zeitnah und schriftlich.

Nachfolgende Erfordernisse zur Datenübermittlungsregelungen trifft das Gericht.

Sind sich die Kooperationspartner/innen über das Vorgehen nicht einig, besteht für jeden Einzelnen die Möglichkeit, sich direkt an das Familiengericht zu wenden. Die jeweiligen Kooperationspartner/innen werden umgehend informiert.

8. Zielgruppenspezifische Verfahrensweisen ergänzend zu Punkt 1 – 7 Drogen- oder alkoholabhängige und substituierte Schwangere und Mütter

Aufgrund des hohen Gefährdungsrisikos, insbesondere für Neugeborene süchtiger Mütter bzw. Eltern ist ein engmaschiges Hilfe-, Unterstützungs- und Kontrollsystem zum frühestmöglichen Zeitpunkt - nach Möglichkeit schon vor der Geburt des Kindes – von den Kooperationspartnern/innen einzurichten. Die Eltern werden darüber in Kenntnis gesetzt.

Dies setzt voraus, dass sachbezogenen Beobachtungen solcher Gefährdungsrisiken durch die jeweiligen Stellen dem Jugendamt zeitnah unter der Beachtung der bereits dargestellten geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen mitgeteilt werden. Hierbei ist eine klare Darstellung der Fakten unerlässlich.

Folgende Punkte sind unbedingt zu beachten:

- Eine Fach- bzw. Hilfefunkferenz findet vor Entlassung aus der Klinik in der Klinik und in deren Verantwortung mit allen Beteiligten (Ärztin/Arzt, Sozialdienst der Klinik, ASD, KJGD, Mutter/Vater/Eltern) zur Abschätzung des Gefährdungsrisikos und zur Planung der notwendigen und am besten geeigneten Hilfe statt. Inhalte dieser Beratung sollen sein:
 - Festlegung der weiteren Betreuung durch die Klinik / Ambulanz (Häufigkeit und Zeitpunkte der Kontrolltermine, Benennung der Kontaktpersonen).
 - Bei der Vereinbarung notwendiger und geeigneter ambulanter Hilfen werden Umfang und Kontrolle genau festgelegt (wie viele Stunden an welchen Tagen). Jugendhilfeträger, Durchführende und andere Beteiligte im Hilfe- und Unter-

stützungssystem (z. B. Verwandte, Hebammen, etc.) werden namentlich benannt und ihre jeweilige Aufgabe zur Unterstützung festgelegt. Rückmelderegeln i. S. v. „Wer meldet was, bis wann an wen?“ sind verbindlich zu vereinbaren.

- Bei hohem Gefährdungsrisiko und entsprechend erforderlicher umfangreicher täglicher Betreuung hat in der Regel eine stationäre Hilfe Vorrang.
- Bei Gefahr im Verzug z. B. durch Nichtkooperation der Mutter/Vater/Eltern ist umgehend (ggf. in Abstimmung mit den ASD) die Notwendigkeit einer Inobhutnahme des Kindes zu prüfen. Eine stationäre Unterbringung des Kindes in der Klinik ist abzuwägen und notwendige familiengerichtliche Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls anzuregen.
- Die Kopie des Entlassungsberichtes der Klinik über das Kind erhält der KJGD, der den ASD bei Bedarf gem. § 4 Abs. 3 KKG schriftlich informiert.

Das Netzwerk Gesunde Kinder Brandenburg

Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin und Simone Weber-Karpinski, Geschäftsführerin der Klinikum Campus GmbH sowie Klinikum Campus Service GmbH

I. Hintergrund und Grundidee

Kinder sind neugierig, haben ihren eigenen Kopf und machen in erster Linie große Freude. Sie sind aber auch recht anspruchsvoll und benötigen in ihrer Entwicklung liebevolle Unterstützung. Ein Leben mit Kindern stellt Familien stets vor neue Aufgaben. Fehlt es den Familien an sozioökonomischen Ressourcen, Halt durch ein persönliches soziales Netzwerk und Kompetenzen, dann können sie schnell an die Grenzen ihrer Belastbarkeit geraten.

In Brandenburg haben sich die Familienstrukturen stark geändert und sind mittlerweile sehr vielfältig. Derzeit und damit seit 2009 wieder zunehmend gibt es in Brandenburg 228.600 Familien mit Kindern unter 18 Jahren¹⁵. Davon sind 55 Prozent klassische Familien mit Ehepaaren, 20 Prozent Lebensgemeinschaften und 25 Prozent Alleinerziehende. Alle Familien haben ihre individuellen Besonderheiten und Ressourcen. Viele meistern ihren Alltag. Wenn aber Überforderungen zunehmen, kann sich dies auf das Wohlbefinden aller Familienmitglieder auswirken und die Entwicklung des Kindes negativ beeinträchtigen.

Der Grundstein für ein gesundes und erfülltes Leben wird in der Familie gelegt. Erfahren Kinder eine gute Förderung durch ihre Bezugspersonen, sind

¹⁵ Stand 31.12.2012, https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statistiken/statistik_aaw.asp?Ptyp=750&Sageb=12011&creg=BBB&anzwer=5

sie besser für die Herausforderungen des Lebens gewappnet – verbunden mit einem gesunden Lebensstil, gesellschaftlicher Teilhabe und weniger Belastungen. Dies wiederum setzt voraus, dass Familien sich wohl fühlen und als Teil der Gesellschaft eine adäquate Unterstützung erhalten. Es ist daher erklärtes Ziel des Landes Brandenburg, entsprechende Rahmenbedingungen für Familien- und Kinderfreundlichkeit und für ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu schaffen.

Die Landesregierung Brandenburg fördert seit 2006 im Rahmen des familienpolitischen Programms für Familien- und Kinderfreundlichkeit die Etablierung regionaler Netzwerke Gesunde Kinder im Land Brandenburg. Seitdem wurden landesweit starke Vernetzungsstrukturen aufgebaut mit dem Ziel, Familien in ihrer Individualität wertschätzend zu begegnen und bei Bedarf zu unterstützen. Das Konzept des Netzwerkes Gesunde Kinder wurde ursprünglich im Landkreis Oberspreewald-Lausitz erarbeitet und praktisch erprobt.

Das Netzwerk Gesunde Kinder ist ein freiwilliges und kostenfreies Angebot zur Begleitung von Familien für eine förderliche seelische, körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder. Das Angebot beginnt in der Schwangerschaft und gilt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Ziel ist es, alle Familien einzubeziehen, deren Kinder im Einzugsgebiet eines Netzwerkes Gesunde Kinder geboren werden und aufwachsen.

Das Netzwerk Gesunde Kinder orientiert sich am gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Ansatz. Einerseits stärkt es Eltern in ihren Ressourcen und Erziehungskompetenzen, so dass sie eigenverantwortlich und selbstbestimmt eine stabile Beziehung zu ihrem Kind aufbauen und es in seiner gesunden Entwicklung fördern können. Andererseits verbessert das Netzwerk entsprechende Rahmenbedingungen, indem es vorhandene gesundheitsfördernde und familienunterstützende Angebote regionaler Kooperations-

partner/innen bündelt und so die ressortübergreifende regionale Zusammenarbeit fördert.

Herzstück des Netzwerkes Gesunde Kinder sind die ehrenamtlich tätigen Paten/innen. Sie werden vor ihrem Einsatz nach einem einheitlichen Curriculum ausgebildet und während ihrer Tätigkeit fortlaufend fachlich begleitet. Paten/innen haben eine offene und wertschätzende Haltung, begleiten auf Wunsch jede Familie und geben ihnen viele hilfreiche Informationen rund um die Gesundheit weiter.

Inzwischen sind landesweit mehr als 1.200 ehrenamtliche Paten/innen aktiv. Sie begleiten über 4.200 Familien und Schwangere. Zurzeit sind 18 lokale Netzwerke an 35 Standorten aktiv.

II. Die Grundsäulen der Qualitätsentwicklung

Das Netzwerk Gesunde Kinder arbeitet nach einheitlichen bzw. gemeinsam festgelegten Qualitätsmerkmalen. Diese definieren u. a. Struktur-, Prozess- und Evaluationsmerkmale sowie Grundsätze der Öffentlichkeitsarbeit und geben den regionalen Netzwerken somit einen Orientierungsrahmen für die eigene qualitative Weiterentwicklung. Entsprechend dieser Qualitätsstandards werden die regionalen Netzwerke jährlich evaluiert.

Ein wesentliches Strukturmerkmal ist die systematische Vernetzung aller Akteure/innen in den verschiedenen Sozialgesetzgebungsbereichen. Prozessmerkmale beziehen sich u. a. auf den Einsatz von geschulten ehrenamtlichen Paten/innen. Beide Bereiche werden im Folgenden genauer erläutert.

II.1 Systematische Vernetzung

Ein zentrales Element der systematischen Vernetzung ist die Zusammenarbeit in der sogenannten Lenkungsgruppe. Die Lenkungsgruppe versteht sich

als Beratungs-, Steuerungs- und Aufsichtsgremium für die Netzwerkarbeit. Sie setzt sich zusammen aus: Netzwerkleitung und Netzwerkkoordination, entscheidenden Personen sowie Vertretern/innen u. a. der Kommunalverwaltung und -politik. Die Lenkungsgruppe trifft sich mindestens einmal jährlich.

Kommunale Akteure/innen arbeiten zudem in sogenannten Qualitätszirkeln oder Qualitäts-AGs zusammen. In diesen Runden geht es insbesondere um die inhaltliche Diskussion und Weiterentwicklung verschiedener Themen, wie z. B. Schwangerschaft und Geburt, Kinder von null bis drei Jahren oder behördlich-kommunale Vernetzung

Ein weiterer wichtiger Baustein der Vernetzung ist die Zusammenarbeit mit diversen Kooperations-partner/innen aus der Region. Die Form der Zusammenarbeit wird durch eine entsprechende Kooperationsvereinbarung genau definiert.

Unverzichtbare Kooperationspartnerinnen und -partner der regionalen Netzwerke sind:

- Autorisierte Personen des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, und des Sozialamtes sowie weiterer wichtige Akteure/innen der Kommunen und des Landkreises
- Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzte
- Beratungsstellen für Schwangere
- regionale Frühförderstellen und ggf. Sozialpädiatrische Zentren
- Lokale Bündnisse für Familie

Wünschenswerte Partner/innen sind:

- weitere Vertreter aus den Sektoren Erziehung, Beratung, Bildung und Medizinische Versorgung des regionalen Umfeldes, z. B. Tagesmütter, Kindertagesstätten, Krankenkassen

- regionale Unternehmen
- Praxen für Ergo-, Logo-, Physiotherapie
- Einrichtungen der Familien- und Volksbildung (z. B. Eltern-Kind-Zentren, Volkshochschulen)

Die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder sind ebenso auf der Landesebene miteinander vernetzt. Hier werden vor dem Hintergrund regionaler Besonderheiten u. a. Bedarfe und Strategien der Unterstützung und Weiterentwicklung thematisiert und vorangebracht. Wichtige Plattformen hierfür sind:

- Arbeitskreis Netzwerk Gesunde Kinder
- Fachforum Netzwerk Gesunde Kinder
- Fachtag Netzwerk Gesunde Kinder
- Treffen der Netzwerkkoordinatoren/innen sowie der Netzwerke Gesunde Kinder
- Vertretung im Landesbeirat für Familienpolitik des Landes Brandenburg

Zudem werden die regionalen Netzwerke Gesunde Kinder durch die überregionale Koordinierungsstelle Netzwerk Gesunde Kinder in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. fachlich begleitet und unterstützt.

II.2 Ehrenamtlich tätige Patinnen und Paten

Ehrenamtlich tätige Paten/innen sind ein wichtiger Bestandteil des Netzwerkes Gesunde Kinder. Sie verstehen sich in erster Linie als Begleiter/innen, Navigatoren/innen und Übermittelnde von Informationen u. a. rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt, Kindesgesundheit sowie den sozialen und therapeutischen Angeboten in der Region. Die Paten/innen nehmen keine klassischen Dienstleistungen, wie z. B. Haushaltshilfe, Fahrdienst oder Babybetreuung, wahr. Gleiches gilt für Aufgaben im professionell-medizinischen

und therapeutischen Bereich. Ihre Kompetenz soll vielmehr dazu dienen, ein Gespür für geeignete Angebote professioneller Partner/innen zu entwickeln und diese weiterzureichen. Bei der Vermittlung bleibt die Selbstbestimmung der Familie stets gewahrt.

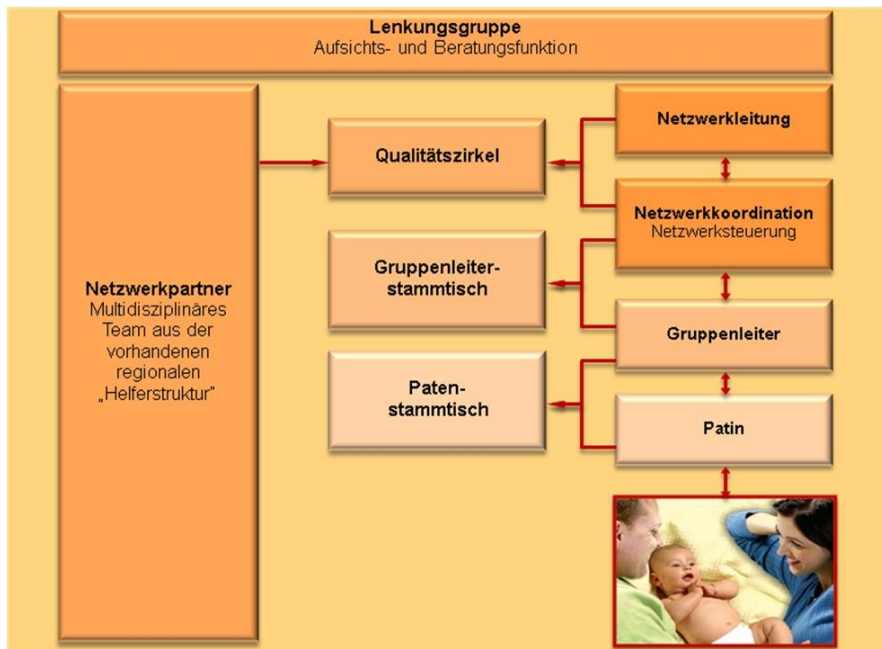
Entscheidet sich eine Familie für die Begleitung durch eine Patin oder einen Paten, dann erhält sie in festgelegten Abständen ca. 10 Besuche. Treten die Teilnehmenden bereits während der Schwangerschaft dem Netzwerk Gesunde Kinder bei, findet der Erstkontakt entsprechend vor der Geburt statt.

Die Begleitung von Familien setzt gewisse Kompetenzen voraus. Um ihrer verantwortungsvollen Aufgabe gerecht zu werden, werden die Paten/innen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit nach einem standardisierten Curriculum geschult. Der Umfang beträgt mindestens 30 Ausbildungsstunden. Im Rahmen dieser Grundqualifizierung erhalten sie Informationen u. a. zur Gesundheitsvorsorge des Kindes, zu regionalen Förderangeboten für junge Familien und zu finanziellen, rechtlichen und sozialen Fragen. Die Grundausbildung wird anschließend durch regelmäßige Fortbildungen und professionelle Supervision ergänzt.

Eine Schlüsselposition in der Betreuung und Kontaktpflege zu den Paten/innen nehmen die sogenannten Gruppenleiter/innen ein. Dies sind qualifizierte Fachkräfte aus dem gesundheitlichen, psychologischen, sozialen oder pädagogischen Bereich, welche in der Regel jeweils eine Gruppe von ca. 10 ehrenamtlichen Familienpaten/innen im Rahmen sogenannter Patenstammtische regelmäßig (6 x jährlich) betreut. In diesem Rahmen werden in anonymisierter Form Bedarfe und Herausforderungen im Umgang mit Familien besprochen. Zudem gibt die Gruppenleiterin oder der Gruppenleiter wichtige projektbezogene Informationen an die Paten/innen weiter.

Die Gruppenleiter/innen treffen sich wiederum vierteljährlich mit der Netzwerkkoordination im Gruppenleiter/innenstammtisch, um ihrerseits die Zusammenarbeit mit den Paten/innen zu reflektieren bzw. um sich fachlich auszutauschen.

Die folgende Übersicht macht die Verknüpfung der Struktur- und Prozessmerkmale deutlich:



II.3 Grundsätze der Teilnahme im Netzwerk

Die Teilnahme der Familien ist immer freiwillig und kostenfrei. Die Hoheit über die Informationen bleibt für die Familie immer gewahrt. Damit sind die Grundsätze des Datenschutzes gesichert.

Die Teilnahme wird ausdrücklich allen Familien empfohlen, die ein Kind erwarten bzw. geboren haben und im Einzugsbereich des Netzwerks leben – eine ausgewählte Zielgruppe wird nicht definiert.

Die Teilnahme wird mit der Unterzeichnung einer Teilnahmevereinbarung durch Netzwerkmanagement und Familie gültig und besteht bis zum dritten Lebensjahr des Kindes bzw. bis zur Kündigung. In der Teilnahmevereinbarung werden alle Rechte und Pflichten der Familien und des Netzwerkes allgemeinverständlich festgehalten, die die betreffende Familie eingeht. Das schließt den Umgang mit personenbezogenen Daten ein.

Alle Netzwerkakteure/innen informieren im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Schwangeren bzw. jungen Müttern und Vätern über das Netzwerk Gesunde Kinder. Bereits während der Schwangerschaft besteht die Möglichkeit zum Eintritt ins Netzwerk. Entsprechende Institutionen, mit denen die werdenden Mütter im Kontakt stehen (wie z. B. Schwangerenberatungsstellen oder Geburtskliniken), sollen die Vermittlung der Familien ins Netzwerk aktiv unterstützen

Anreize für teilnehmende Familien

- Begleitung und Informationen durch Familienpaten/innen
- Hochwertige gesundheitsfördernde Geschenke mit der Geburt, im ca. 12. Lebensmonat und im ca. 36. Lebensmonat
- Familienbegleitbuch: Dieses Buch enthält wichtige regionale Adressen und hilft bei der Aufbewahrung wichtiger Dokumente für das Kind sowie zur Dokumentation aller Untersuchungen des Kindes und der Inanspruchnahme (therapeutischer) Angebote.
- Familienbildungsangebote (Elternakademie)

Im Netzwerk Gesunde Kinder werden bestehende regionale Bildungsangebote für die Familien kommuniziert bzw. geschaffen und kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Das Ehrenamt hat Sorge!

Netzwerk Gesunde Kinder als Frühe Hilfe und präventiver Beitrag zum Kinderschutz

Daniela Graß, Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder Netzwerkkoordinatorin und Hans Leitner, Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg/Start gGmbH

1. Das Konzept

Das Netzwerk Gesunde Kinder wurde im Jahr 2005 konzeptionell entwickelt und als zentrale Maßnahme in das Programm für Familien- und Kinderfreundlichkeit des Landes Brandenburg aufgenommen.

Gute Startvoraussetzungen für das Kind sind gegeben, wenn insbesondere die Mutter gesund ist und die Eltern sich den Anforderungen und Veränderungen durch die Schwangerschaft und den Übergang zur Familie mit (Klein-) Kindern gewachsen sehen. Dies betrifft die gesamte Lebenssituation. Neben der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter bzw. der Eltern spielt in dieser Phase der Aufbau verlässlicher Bindungen und damit einhergehend stabiler Lebensumstände eine wichtige Rolle. Eltern brauchen dazu ein unterstützendes Umfeld aus Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis.

Den Mitarbeiter/innen des „Netzwerkes Gesunde Kinder“ ist es besonders wichtig, die gesunde körperliche, seelische und geistige Entwicklung von Kindern zu unterstützen. Den Eltern wird schon vor oder möglichst früh nach der Geburt eine persönliche Begleitung angeboten. Die Begleitung der Familien erfolgt durch ehrenamtlich tätigen Paten/innen, die vor ihrem Einsatz in der Familie nach einem einheitlichen Curriculum ausgebildet und während

ihrer Tätigkeit fortlaufend durch professionelle Fachkräfte fachlich begleitet werden.

2. Das Angebot

Das Angebot der regionalen Netzwerke Gesunde Kinder richtet sich an alle Familien, beginnend in der Schwangerschaft, sowie an Eltern von Pflegekindern ab dem Säuglingsalter und gilt grundsätzlich bis zum dritten Lebensjahr des Kindes.

Schon während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt nehmen sich die Patinnen und Paten ausreichend Zeit für Gespräche mit den Schwangeren, Eltern und Familien, beraten sie zu allgemeinen Fragen der Betreuung und Versorgung des Kindes, informieren über bestehende regionale präventive und familienunterstützende Angebote und vermitteln ggf. bedarfsgerecht Hilfen und Unterstützung.

Voraussetzung für ein vielfältiges, bedarfsgerechtes und ressourcenorientiertes Angebotsspektrum beim Auf- und Ausbau stabiler Lebensumstände ist im Rahmen der Netzwerkarbeit die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller regionalen Akteurinnen und Akteure. Unverzichtbare Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Netzwerk sind deshalb Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen und des Landkreises, sowie Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes, des Jugend- und Sozialamtes, Hebammen, gynäkologische und kinderärztliche Fachkräfte, Beratungsstellen für Schwangere, regionale Frühförderstellen und Lokale Bündnisse für Familie, aber auch Erziehungs- und familienberatungsstellen aus dem Bereich der Jugendhilfe. Art und Umfang der Zusammenarbeit wird in verbindlichen Kooperationsvereinbarungen festgelegt und im Wesentlichen durch die Eltern bestimmt.

Die verpflichtende Teilnahme an regelmäßig stattfindenden Patenstammtischen bietet den Patinnen und Paten die Möglichkeit zum fachlichen Erfahrungsaustausch, ggf. auch in der Fallsupervision. In diesem Rahmen können sich die Patinnen und Paten zu den unterschiedlichsten Themen austauschen und auch „beunruhigende“ bzw. verunsichernde Wahrnehmungen anonymisiert besprechen. Stellt sich im Einzelgespräch mit der Netzwerkkoordination heraus, dass ein Handlungsbedarf z. B. zur Sicherung des Kindeswohls besteht, erfolgt die weitere Verfahrensabstimmung zwischen Netzwerkkoordination und Netzwerkleitung. Jedes Netzwerk Gesunde Kinder ist gefordert, auf regionaler Ebene ein Verfahren zum Umgang bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorzuhalten.

Die Patinnen und Paten nehmen selbst eigenverantwortlich keinen Kontakt mit Fachkräften anderer Arbeitsbereiche auf.

Ziel aller Beteiligten ist es, Kindern von Anfang an ein Umfeld und eine individuelle Förderung zu bieten, die sie befähigen, zu lebenskompetenten Menschen heranzuwachsen.

3. Pate/in hat Sorge! Was nun?

Seit der legendären Vertreibung aus dem Paradies ist die Sorge ein ständiger Begleiter des Menschen geworden. Die Menschen sorgen sich um ihren Lebensunterhalt, um ihre Arbeit, ihre Zukunft, die Zukunft ihrer Kinder - und vor allem um ihre Gesundheit. Alle diese Sorgen sind allzu berechtigt.

Was aber tun, wenn ...

... Frau A., Patin im Netzwerk Gesunde Kinder, am Vormittag die Netzwerkkoordinatorin anruft und mitteilt, dass das Jugendamt das Baby aus der von ihr betreuten Familie herausgenommen hat? Das Baby sei jetzt bei der Schwester der Mutter untergebracht. Die weitere Vorgehensweise des Ju-

gendantes sei derzeit nicht bekannt und würde in den nächsten Wochen entschieden. Die Patin selbst hat den Eindruck, dass das Kind nicht von der Mutter vernachlässigt wird, sprach aber von ungeordneten Zuständen und einem gewissen Hilfebedarf. Jetzt sei ihr unklar, wie sie sich gegenüber der Mutter und auch dem Jugendamt verhalten solle.

... Frau B., Patin im Netzwerk Gesunde Kinder, sich bei Gruppenleiterin meldet und mitteilt, dass es bei einer durch sie betreuten Familien seit geraumer Zeit häusliche Gewalt gebe, so am letzten Abend durch den Vater in der Wohnung Türen eingetreten wurden und die Oma das Baby zu sich genommen und daraufhin die Polizei gerufen habe? Die Oma hat die Patin noch am gleichen Abend angerufen und sie über den Vorfall mit der Bitte um Rat informiert. Die Oma habe Sorge um ihr Enkelkind, da die Mutter noch am gleichen Abend ihr Kind in die elterliche Wohnung zurückgeholt hat. Zudem soll die Mutter bereits in der Vergangenheit geäußert haben, dass sie das alles nicht mehr aushalten könne und deshalb Selbstmordgedanken habe. Dabei wolle sie Ihr Kind „mitnehmen“. Im Gespräch mit der Gruppenleiterin äußerte die Patin, dass sie den Verdacht habe, dass beide Elternteile drogenabhängig sind. Die Patin wolle nun von der Gruppenleiterin wissen, wie sie sich verhalten soll, da es ja die Vereinbarung im Netzwerk gebe, dass Patinnen bzw. Paten sich nicht an das Jugendamt wenden sollen. Die Patin aber habe in diesem Fall Sorge, dass dem Kind etwas geschehen könne und man ihr zudem unterlassene Hilfeleistung vorwerfen könne.

... Frau C., Patin im Netzwerk Gesunde Kinder, sich am Morgen gegenüber der Netzwerkkoordinatorin offenbart, sie habe gerade von der Polizei eine Information bekommen, dass diese im Rahmen eines Einsatzes wegen Trunkenheit einer Mutter deren vier Monate alten Säugling in die Klinik gebracht habe? Dabei sei der Polizei der Babyschlafsack der vom Netzwerk als Geschenk an die betreuten Familien gegeben wird aufgefallen. Da die Polizei

zudem den telefonischen Kontakt zur Patin in der Wohnung fand habe Sie diese umgehend informiert.

Die Patin habe umgehend mit der Mutter Kontakt aufgenommen, wobei diese sie gebeten habe, ihr behilflich zu sein, ihr Kind wieder zu bekommen. Die Patin sei sich recht sicher, dass die Mutter gut für ihr Kind sorgen kann und es in der Vergangenheit nie Grund zur Sorge gegeben habe. Nun sei sich die Patin nicht sicher, ob sie hier unterstützen und vielleicht direkt mit dem Jugendamt Kontakt aufnehmen solle.

Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Arbeit des Netzwerkes Gesunde Kinder Niederlausitz gemeinsam mit Verantwortlichen und Patinnen sowie Paten ein Verfahren erarbeitet, dass es Patinnen und Paten erlaubt Sorgen zu haben und mit diesen nach dem Grundsatz „Wandle deine Sorge in Fürsorge“ offensiv umzugehen.

Ein/e Pate/in hat Sorge! Was tun?

3.1. Handlungsgrundsätze

Für die Arbeit der Patinnen und Paten des Netzwerkes Gesunde Kinder gibt es einen festgelegten Aufgabenkreis¹⁶, der sich in besonderer Weise auf die Unterstützung und Sicherung einer gesunden Entwicklung des Kindes bezieht.

Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder hat die Aufgabe die zu betreuenden Familien über mögliche Hilfsmöglichkeiten zu informieren und ggf. notwendige Hilfen zu vermitteln. Dabei ist es nicht deren Aufgabe einen möglichen Bedarf an Hilfe zu prüfen. Die zu betreuenden Familien können zu

¹⁶ vgl. dazu „Rechte, Pflichten und Empfehlungen für ehrenamtliche Paten im Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder“ (Stand: 1.3.2010 sowie „Mindeststandards – Netzwerk Gesunde Kinder“, Punkt II.3 Paten-/Lotsentätigkeit (Stand: 6.10.2010)

allgemeinen Fragen der Betreuung und Versorgung ihres Kindes beraten werden. In diesem Sinne ist die Patin bzw. der Pate keine Alternative oder Ersatz für Hilfen zur Erziehung, z. B. Sozialpädagogischen Familienhilfe, die durch das Jugendamt zu gewähren ist.

Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder ist verpflichtet in Fällen von Unsicherheit oder bei Wahrnehmung von konkreten Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung umgehend ihre bzw. seine jeweilige Gruppenleitung bzw. die Netzwerkkoordinatorin oder Netzwerkleitung direkt zu informieren.

Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder nimmt keinen Kontakt mit Fachkräften anderer Arbeitsbereiche ohne Wissen und Zustimmung der zu betreuenden Familie auf. Die Entscheidung über Information bzw. die Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen zu familiären Belangen liegt insbesondere unter dem Aspekt des Daten- und Vertrauensschutzes¹⁷ bei den Familien selbst.

Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder beteiligt sich grundsätzlich nur in Abstimmung mit der Netzwerkkoordination an der Planung und Ausgestaltung von Hilfe- und Schutzmaßnahmen anderer Leistungs-, Hilfe- und Unterstützungssysteme, so z. B. im Rahmen der Hilfe- und Schutzplanung des Jugendamtes.

Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder ist keine Melde- bzw. Kontrollinstanz für andere Hilfe- und Unterstützungssysteme, wie z. B. für das Jugendamt, das Sozialamt, die Kindertagesbetreuung, die Schule

¹⁷ gemäß „Mindeststandards – Netzwerk Gesunde Kinder“, Punkt II.1 Grundsätze zur Teilnahme von Familien und „Verpflichtung zur Einhaltung des Datengeheimnisses gem. § 5 Bundesdatenschutzgesetz, 2.3 Verschwiegenheitserklärung

oder die Arbeitsagentur. Die Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder verhält sich vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht¹⁸.

3.2. Handlungsmöglichkeiten

3.2.1 Handlungsrahmen

Jeder Patin bzw. der Pate des Netzwerkes Gesunde Kinder hat grundsätzlich die Möglichkeit sich im Zusammenhang mit der Wahrnehmung jeglicher Form der Gefährdung und Notwendigkeit der Sicherung des Kindeswohls im Rahmen der bereits vorhandenen Kommunikationsstruktur (Infokette) an die Gruppenleitung, Netzwerkkoordination oder Netzwerkleitung zu wenden. Bei deren Nichterreichbarkeit besteht die Möglichkeit sich Hilfe suchend an die Hotline des Bereitschaftsdienstes der Kinderklinik zu wenden.

- **Persönlich:** Netzwerk-Büro Lauchhammer, Friedensstr. 18 (im Klinikum)
Netzwerk-Büro Senftenberg, Calauer Str. 8
- **Telefonisch:** (03573) 75 - 3470 / - 3471 / -3472
- **E-Mail:** daniela.grass@klinikum-niederlausitz.de
- **Fax:** (03573) 75 - 3476
- **Hotline:** Bereitschaftsdienst der Kinderklinik
(03573) 75 - 2731 / -2788

¹⁸ Ärztinnen und Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, über das zu schweigen, was ihnen ihre Patienten anvertraut haben. § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) bestimmt, dass derjenige, der unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis offenbart, das ihm als Arzt ... anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft wird. Den in Abs. 1 zu § 203 StGB Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind (§ 203 Abs. 3 StGB).

Wenn eine Patin bzw. ein Pate im Rahmen der Arbeit mit Familien Unsicherheiten hat oder konkrete Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung wahrnimmt oder über Dritte entsprechende Mitteilungen erhält so sind diese Informationen der Gruppenleitung ggf. bei Nichterreichbarkeit und bei Gefahr in Verzug der Netzwerkkoordination oder der Netzwerkleitung unverzüglich persönlich, telefonisch, per E-Mail oder per Fax mitzuteilen¹⁹.

Hierzu ist der Bogen „Information – Patin hat Sorge“ (Anlage) zu verwenden. Dieser dient der Patin zunächst als Möglichkeit zur Informationssammlung sowie Selbstvergewisserung und im zweiten Schritt als Möglichkeit der strukturierten Mitteilung an die Gruppenleitung. Bei zunächst mündlicher Mitteilung ist dieser Bogen zeitnah anonym auszufüllen und nachzureichen.

Eine persönliche Kontaktaufnahme der Patinnen bzw. Paten mit dem Empfänger der Information ist insbesondere nach telefonischer Kontaktaufnahme über Anrufbeantworter oder nach Information per Fax bzw. E-Mail zeitnah nachzuholen.

Zur Klärung bestehender Unsicherheiten oder Wahrnehmungen eines Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung hat die Patin bzw. der Pate grundsätzlich die Möglichkeiten der:

- kollegialen Beratung im Rahmen des Erfahrungsaustausches bei den regelmäßig stattfindenden Paten/innenstammtischen²⁰,
- Fallsupervision²¹ als Form der fachlichen Fallreflexion und Qualifizierung der eigenen Arbeit begleitet durch externe Fachkräfte z. B. auf Anregung der Netzwerkleitung im Rahmen des Kompetenzteams,

¹⁹ gemäß „Rechte, Pflichten und Empfehlungen für ehrenamtliche Paten im Niederlausitzer Netzwerk Gesunde Kinder, Punkt 12. Empfehlungen bei auftretenden Schwierigkeiten

²⁰ gemäß „Mindeststandards ...“, Punkt I.2 Netzwerkstruktur

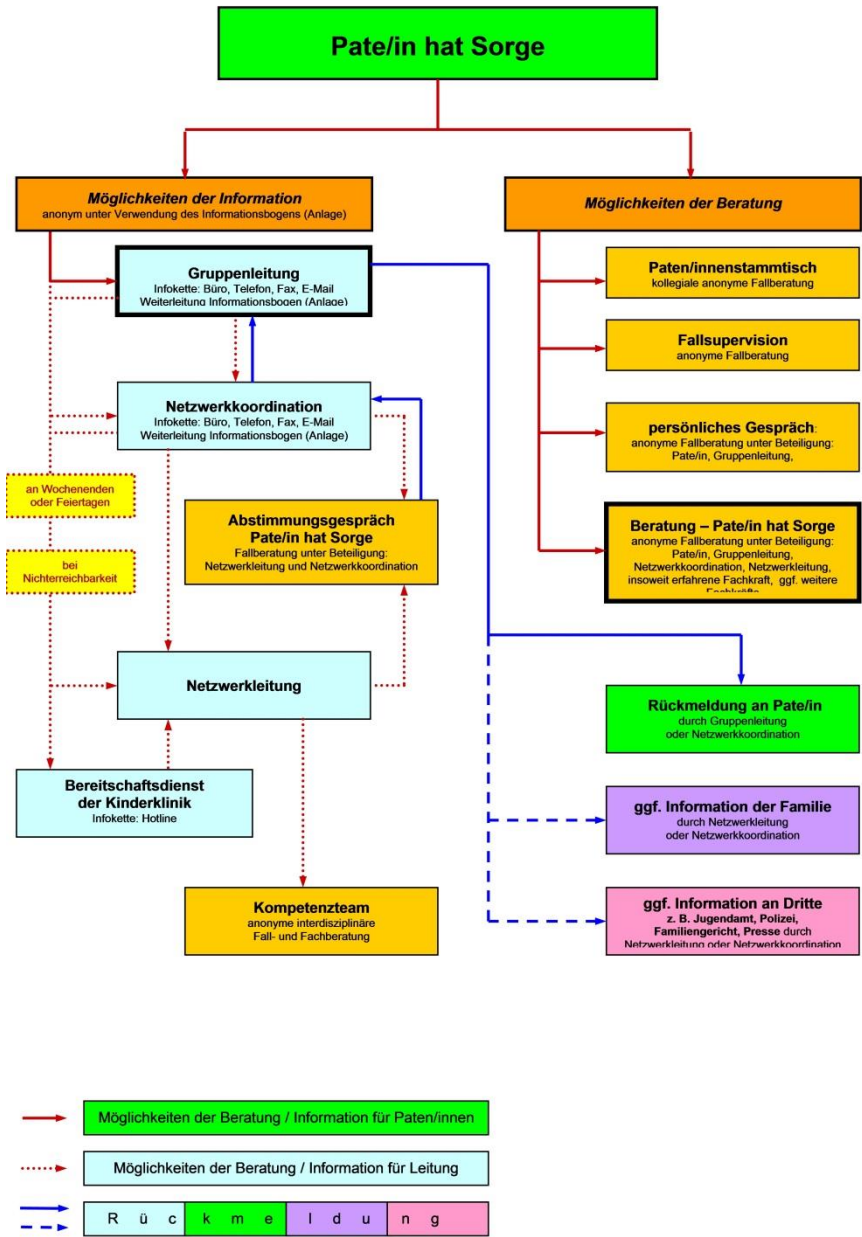
²¹ gemäß „Mindeststandards ...“, Punkt II.6 Supervision

- fachlichen Beratung in Einzelfällen im persönlichen Gespräch²² mit der Gruppenleitung bzw. Netzwerkkoordination,
- Beratung – Pate/in hat Sorge als besondere Form zur Gewährleistung der Handlungssicherheit der Patinnen bzw. Paten, der Wahrung der Rechtssicherheit des Netzwerkes Gesunde Kinder im Zusammenhang insbesondere mit dem Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung.

Kommt es im Rahmen der genannten Möglichkeiten zu keiner einvernehmlichen Einschätzung (Unsicherheit bzw. Dissens) oder zu einer Bestätigung des Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung hat die Netzwerkkoordination oder die Gruppenleitung die Netzwerkleitung unverzüglich zu informieren.

- Die Netzwerkleitung wird gemeinsam mit der Netzwerkkoordination im Rahmen eines Abstimmungsgespräches – Pate/in hat Sorge das weitere Vorgehen besprechen und festlegen sowie ggf. die Eltern darüber informieren. Die Patin bzw. der Pate wird über das weitere Vorgehen in Kenntnis gesetzt. Ggf. notwendige Mitteilungen an Dritte (Jugendamt, Polizei, Familiengericht, Presse) erfolgen grundsätzlich über die Netzwerkleitung.
- Für die Netzwerkleitung steht das monatlich tagende Kompetenzteam des Landkreises Oberspreewald-Lausitz als eine interdisziplinäre Reflexionsmöglichkeit und Fachberatung zur Verfügung. Das Kompetenzteam fördert im Auftrag des Jugendamtes die strukturelle Zusammenarbeit und die Stärkung der Fachlichkeit der im Landkreis mit Fragen des Kinderschutzes befassten Institutionen und Fachkräfte und die Qualitätssicherung zum Zwecke der Handlungssicherheit aller Fachkräfte.

²² vgl. „Rechte, Pflichten und Empfehlungen ...“, 2. Regelmäßige Gespräche und Beratung durch einen Gruppenleiter



3.2.2 Beratung – Pate/in hat Sorge

Im Rahmen der unverzüglich²³ einzuberufenden Fallberatungen werden unter Beteiligung mindestens von:

- fallzuständiger/m Patin bzw. Paten
- Gruppenleitung
- Netzwerkkoordination
- Netzwerkleitung
- ggf. insoweit erfahrener Fachkraft²⁴
- ggf. unter Beteiligung anderer notwendiger Professionen

entsprechende Einzelfälle in anonymisierter Form vorgestellt (Fallvorstellung), vermeintlich bestehende Risiken bewertet (Risikoabschätzung) und Handlungsoptionen erarbeitet (Vereinbarung).

Die Fallberatungen werden nach Bedarf des Einzelfalls in Verantwortung der Netzwerkkoordination bzw. Netzwerkleitung vorbereitet und durchgeführt. Die Umsetzung der erarbeiteten Handlungsoptionen liegt ebenfalls in Verantwortung der Netzwerkkoordination bzw. Netzwerkleitung.

Die sich ggf. aus der Beratung heraus ergebende Notwendigkeit der Einleitung und Kontrolle weiterer Maßnahmen insbesondere zur Sicherung des Kindeswohls außerhalb des Netzwerkes Gesunde Kinder ist ausnahmslos Aufgabe der Netzwerkkoordination bzw. Netzwerkleitung, so auch die Information und weitere Einbeziehung der betreffenden Familie.

²³ „Unverzüglich“ ist ein feststehender Rechtsbegriff und wird im BGB Artikel 121 definiert. Dieser Begriff meint ohne schuldhaftes Verzögern, also sofort, es sei denn man muss sich vorher an dritte Stelle wenden. Dies bedeutet hier grundsätzlich die Fallberatung am Tag des Bekanntwerdens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu organisieren.

²⁴ in der Regel eine gemäß § 8a SGB VIII in der Risikoabschätzung erfahrene sozialpädagogische Fachkraft der Jugendhilfe

Über Art und Weise sowie Umfang der Weitergabe von Informationen an Dritte (z. B. Mitteilung an das Jugendamt, Anzeige bei der Polizei, Zeugenaussage bei Gericht, Information an Presse), die sich aus der Fallberatung bzw. dem Fallverlauf ergeben könnte, entscheidet ausschließlich die Netzwerkkoordination in Abstimmung mit der Netzwerkleitung im Rahmen eines Abstimmungsgespräches – Pate/in hat Sorge.

Im Rahmen weiterführender Hilfen oder Schutzmaßnahmen anderer Institutionen, so zum Beispiel im Rahmen der Hilfe- oder Schutzplanung des Jugendamtes ist eine eigenverantwortliche Beteiligung der Familienpatinnen bzw. -paten nicht möglich. Diesbezüglich notwendige bzw. sinnvolle Absprachen oder Beteiligungen im Einzelfall entscheiden ausnahmslos die Netzwerkkoordination bzw. die Netzwerkleitung.

Anlage

Information „Pate/in hat Sorge“¹

Gruppenleitung: _____ lfd. Nr.: _____ Datum: _____

Was weiß ich bzw. ist mir aufgefallen (Fakten)?

Was habe ich bereits unternommen (Maßnahmen)?²

Was befürchte ich (Sorgen)?

Wer wurde wann informiert?³

☐ Netzwerkkoordination: _____ ☐ Netzwerkleitung: _____
am: _____ am: _____

☐ Eltern: _____
am: _____

☐ Jugendamt: _____ ☐ Polizei: _____
am: _____ am: _____

☐ Familiengericht: _____ ☐ _____: _____
am: _____ am: _____

Rückfragen bitte an die Netzwerkkoordination Frau Graß: (03573) 75-3470 /-3471 /-3472

¹ Bitte anonym ausfüllen durch Patin/Pate

² z. B. Beratung der Eltern, Eltern bereits darauf hin angesprochen, kollegiale Fallberatung, Fallsupervision, persönliches Gespräch mit Gruppenleitung, Beratung - Pate/in hat Sorge, ggf. Absprache mit Familienhelfer/in, ggf. Kontakt mit Kita usw.

³ Wird von Leitung ausgefüllt. Bitte Namen und Datum angeben.

Kinderschutzkonzept aus Sicht einer Kinderklinik

Priv. Doz. Dr. med. habil. Thomas Erler, Dr. med. Eva Matzker, Dr. med. Thomas Schmidt Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

Problemkonstellationen in Kinderkliniken

Verletzungen als Folge von Misshandlungen und Gewalt sind bei Kindern und Jugendlichen ein häufiges und wichtiges Problem. Somit ist bevorzugt in Kinderabteilungen bzw. –kliniken mit einer regelmäßigen Konfrontation von Fällen einer Kindeswohlgefährdung auszugehen.

Zur Diagnose von Gewaltdelikten ist eine systematische Erfassung des Verletzungsmechanismus, Verletzungsortes sowie von Begleitumständen notwendig. Werden Gewaltdelikte zweifelsfrei diagnostiziert, bedarf es des geschulten Umgangs mit diesen Misshandlungssituationen. Hierzu sind interdisziplinär besetzte Kinderschutzgruppen notwendig, die nach evaluierten Handlungsalgorithmen arbeiten. Diese gewährleisten individuelle Interventionsmaßnahmen, die grundsätzlich vom Prinzip „Hilfe vor Strafe“ geprägt sind. Derartige Kinderschutzgruppen in Kliniken verstehen sich dabei als Bestandteil lokaler Netzwerke, die in Zusammenarbeit mit zahlreichen außerklinischen Hilffsystemen einem möglichst umfassenden Kinderschutz verpflichtet sind.

Die phänomenologische Vielfalt und psychologische Besonderheit dieses Krankheitsbildes machen die Diagnose schwierig. Dabei ist Kindsmisshandlung häufiger als andere pädiatrische Diagnosegruppen wie z.B. angeborene Herzfehler, Tumorerkrankungen oder Stoffwechselstörungen.

Die Diagnosestellung wäre umso wichtiger, als frühzeitiges Aufdecken und korrektes interdisziplinäres Management für die Prognose von entscheidender Bedeutung sind.

Entsprechend der Häufigkeit von Kindsmisshandlung ist Kinderschutz nicht eine Spezialdisziplin von einzelnen, sondern muss in den medizinischen Alltag integrierte Denkweise im Hinblick auf Sensibilisierung, Wahrnehmung und bewusste Beobachtung sein. Aufgrund der hohen Inzidenzrate an Kindeswohlgefährdungsfällen in Kliniken ist es wichtig, die Diagnose von und den Umgang mit Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in die Ausbildung zum Facharzt zu integrieren.

Empfehlungen sind als Leitlinien gedacht, an denen sich in Kinderkliniken oder Kinderabteilungen tätige Ärztinnen und Ärzte beim Erstkontakt mit Kindern und Jugendlichen und deren Begleitpersonen (wohl meistens in einer Notfallsituation) orientieren können. Vor der konkreten Umsetzung in die tägliche Praxis müssen diese Empfehlungen aber in jeder Klinik individuell den örtlichen (personellen, infrastrukturellen etc.) Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden.

Diese so in jeder Klinik zu schaffenden internen Richtlinien haben den Zweck, auch in Drucksituationen überstürzten Aktionismus und Einzelaktionen zu vermeiden.

Allgemeine Struktur und Procedere

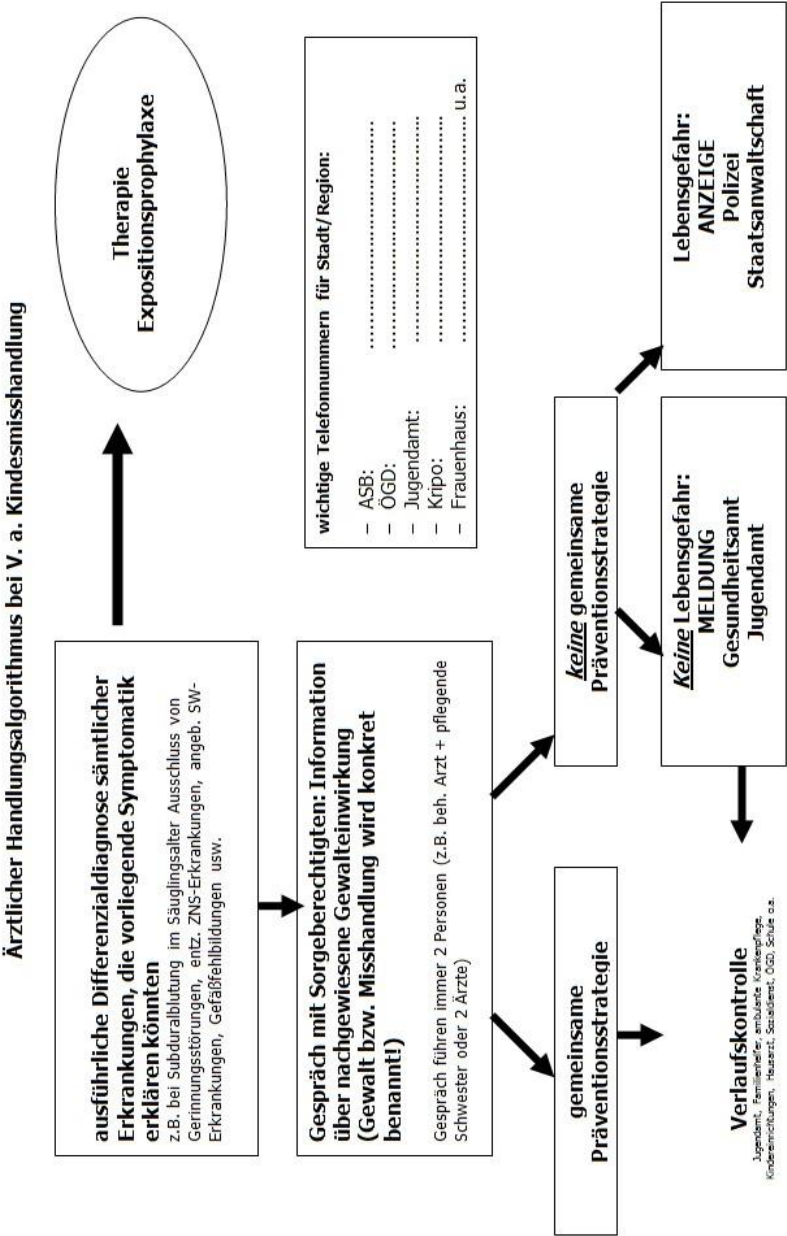
1. Der Kinderschutz gehört zum Leistungsauftrag jeder Kinderklinik. Dafür sollte an jeder Kinderklinik eine Kinderschutzgruppe existieren.
2. Folgende Mitglieder der Kinderschutzgruppe sollten ihr angehören: in Kindeswohlgefährdungsfällen erfahrener FA für Kinder- und Jugend-

- medizin, Krankenschwestern, Vertreter Sozialdienst, Kinderpsychologe, wenn mgl. Rechtsberater, Pädagoge, Vertreter Jugendamt u.a.
3. Die Klinikleitung definiert zusammen mit der Kinderschutzgruppe sowohl Abläufe bei Kinderschutzfragen als auch die klinikinterne Aus- und Weiterbildung.
 4. Die Klinikleitung ermöglicht der Kinderschutzgruppe die eigene Weiter- und Fortbildung sowie die Supervision.
 5. Kinderschutzfälle sollen interdisziplinär und interinstitutionell behandelt werden.
 6. Entscheidungen in Kinderschutzfällen sollen nicht allein, sondern wenn immer möglich durch mindestens zwei Personen getroffen werden.
 7. Die Kinderschutzgruppe trifft sich regelmäßig zu interdisziplinären Sitzungen.
 8. Eine notfallmäßige Einberufung der Kinderschutzgruppe sollte innerhalb von 24 Stunden möglich sein.

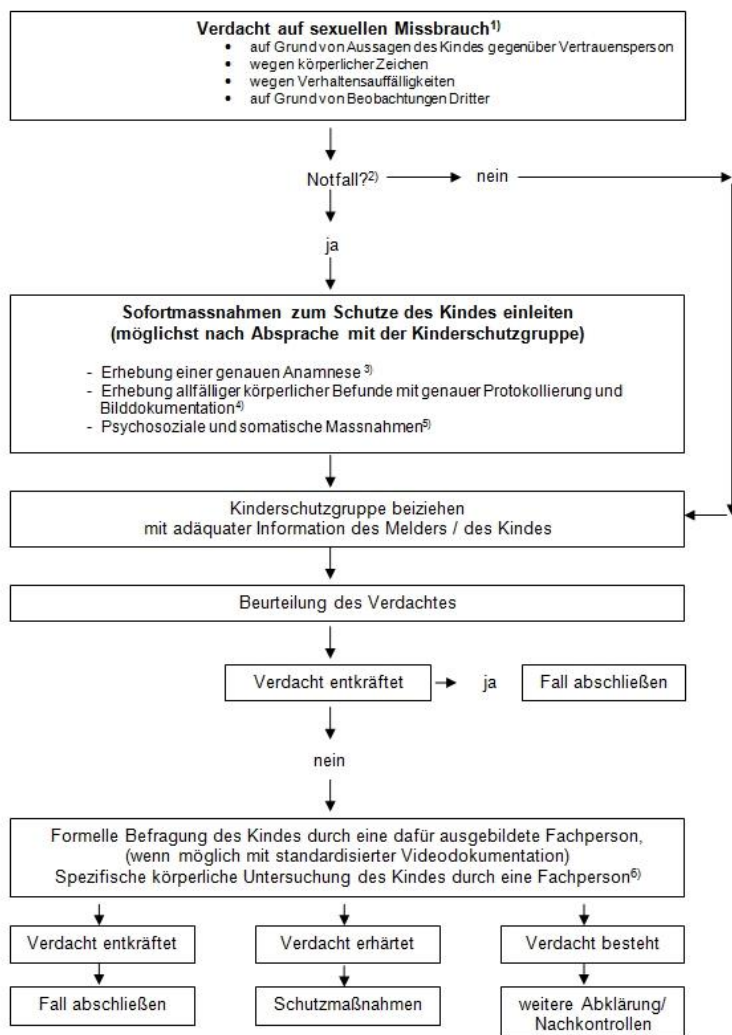
Konkrete Vorgehensweise bei V.a. Misshandlung/Vernachlässigung

- 1) Einweisungen in die Klinik können unter Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (z.B. V.a. Misshandlung oder Vernachlässigung) aus jeder Arztpraxis erfolgen.
- 2) Während der stationären Aufnahmeformalitäten (nach Einweisung unter anderer Diagnose oder nach Selbsteinweisung) kann der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung entstehen.
- 3) Eine detaillierte Anamneseerhebung und Erfassung eines gründlichen Ganzkörperstatus (incl. Inspektion Mundhöhle und Anogenitalbereich!) steht am Anfang
- 4) Bei suspekten Befunden, die o.g. Verdachtsmomente erhärten, sofortige Information eines Oberarztes

- 5) Entscheidung über umfassendes, diagnostisches Vorgehen:
 - a) Labor: Blutbild, CRP, Gerinnung; weitere Labordiagnostik je nach Klinik
 - b) Imaging/Dokumentation: Frakturverdacht: Röntgen; Schädelhirntrauma bei Säuglingen: CT/MRI/ev. Ultraschall, augenärztliches Konsilium; Verdacht auf Thorax-/Abdomenverletzungen: adäquate Bildgebung; Fotos / Zeichnungen mit Farbskala und Messband
 - c) V.a. Vernachlässigung: in der Regel keine notfallmäßige Diagnostik; Dokumentation!
- 6) wenn Eltern mit stationärer Aufnahme nicht einverstanden:
 - a) bei akuter Gefährdung: Entzug des Sorgerechtes mit anschließender, stationärer Aufnahme
 - b) bei fehlender Gefährdung: ambulantes Setting (initiale Verantwortung Kinderschutzgruppe)
- 7) wenn Eltern mit stationärer Aufnahme einverstanden: ausführliche Diagnostik um Verdachtsdiagnose zu erhärten oder evtl. auch auszuschließen
- 8) während der klinischen Diagnostik Erklärung der Untersuchungen gegenüber Bezugspersonen □ Verdachtsmomente noch nicht erläutern!
- 9) Nach Diagnosestellung und bestätigtem V.a. Kindeswohlgefährdung ausführliche Gesprächsführung unter Leitung eines erfahrenen Facharztes in Anwesenheit mindestens eines Zeugen (z.B. pflegende Krankenschwester, Sozialarbeiter, Assistenzarzt, Psychologe o.ä.), Misshandlungsverdacht aussprechen □ Dokumentation!
- 10) Festlegen des weiteren Procedere nach Kinderschutzgruppensitzung
- 11) je nach Beurteilung der Gesamtsituation:
 - a) strafrechtliche Maßnahmen
 - b) zivilrechtliche Maßnahmen
 - c) einvernehmliche Maßnahmen
 - d) Vernetzung nach außen



Konkrete Vorgehensweise bei V. a. sexuellen Missbrauch



Erläuterungen

- 1) Die mögliche Symptomatik von sexuellem Missbrauch ist sehr vielfältig, die Zeichen sind sehr oft unspezifisch. Zur Bewertung dieser Zeichen und somit zur Entscheidung, ob überhaupt weitere Abklärungen angezeigt sind, sollte möglichst früh eine multidisziplinäre Fachgruppe zugezogen werden.
- 2) Notfall: Akute Gefährdung des Kindes, Ereignis in den letzten 72 Stunden, Wichtig: Untersuchung notfallmäßig; Kind darf nicht duschen oder waschen, Kleider und benutzte andere Textilien ungewaschen mitbringen lassen.
- 3) Anamnese: Wichtig: Keine Fragen zum Verdacht, keine Detektivarbeit, keine Suggestivfragen, keine Nachbefragungen durch weitere Personen (Schwester, Assistenzarzt, Oberarzt). Aber: wörtliches Festhalten von spontanen Äußerungen des Kindes. Beschreibung der Begleitumstände und des Verhaltens der Begleitpersonen. Wem gegenüber hat das Kind was gesagt? Unter welchen Umständen?
- 4) Untersuchung: Allgemeinstatus, insbesondere Haut und Schleimhäute. Nach Möglichkeit Untersuchung und Beurteilung der Anogenitalregion.
- 5) Je nach Situation: Schwangerschaftstest, eventuell Postkoitalantikonzep-tion, Asservierung von Material für forensische Zwecke. Suche nach se-xuell übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis B/C, HIV, Chlamydien, Go-norrhoe. Postexpositionsprophylaxe (HIV, Hepatitis B).
- 6) Die Anogenitaluntersuchung verlangt neben spezifischem Fachwissen über das normale und nicht normale Genitale ein hohes Maß an Einfüh-lungsvermögen und Erfahrung sowie die entsprechende Infrastruktur zur Dokumentation und sollte nur von einer speziell geschulten Person vor-genommen werden. Ein normaler Genitalbefund ist häufig und schließt sexuellen Missbrauch nie aus!

Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen

Wer ein Kind misshandelt, hat oft nicht die Einsicht, dass er Unterstützung braucht. Unterstützung ist jedoch notwendig zur Veränderung der Verhältnisse, um Wiederholungsfälle zu vermeiden und zur Bewältigung der erlittenen Traumen durch die Opfer und durch jene Angehörigen, die nicht Täter waren. Wegen der mangelnden Einsicht ist aber eine Verpflichtung zu einer Maßnahme und damit verbundene Kontrolle vielfach notwendig. Es besteht somit eine Diskrepanz zwischen Hilfsangebot und Verpflichtung, dieses anzunehmen.

Je nach Fallschwere bzw. in Abhängigkeit individueller Gegebenheiten (scheinbar sicheres soziales Milieu oder schwer erreichbare Eltern, Kooperationsbereitschaft u.a.) können verschiedene Interventionsmöglichkeiten gewählt werden:

Weg 1:

Bei leichteren Fällen wird versucht, die Familie ohne Einschalten von Behörden zur Kooperation zu bewegen. Mögliche Ansätze können beispielsweise sein:

- Regelmäßige Kontrollen beim Kinderarzt
- Einschalten eines Sozialdienstes mit dem Ziel, soziale Faktoren zu verbessern
- Elterngespräche
- Psychotherapie für das Kind

Auch bei diesem Weg muss eine Kontrolle gewährleistet sein, die aber nicht durch eine Behörde übernommen wird. Voraussetzung für die Wahl dieses Weges ist, dass die Kinderschutzgruppe das Risiko für eine weitere Gefährdung des Kindes als sehr gering einschätzt.

Weg 2:

Hat man in der Kinderschutzgruppe den Eindruck, dass die Familie nicht genügend motivierbar ist, so sucht sie die Kooperation mit der Vormundschaftsbehörde, welche die Möglichkeit hat, die Familie zu Maßnahmen zu verpflichten, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Vormundschaftsbehörde ordnet auch die entsprechenden Kontrollen an. Den gleichen Weg wählt die Kinderschutzgruppe, wenn eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohls vorliegt.

Weg 3:

In bestimmten Fällen erfordert die bekannt gewordene Misshandlung eine Anzeige. Eine Anzeige ist immer nur ein Teil einer Kinderschutzmaßnahme. In allen Fällen versucht man, Veränderungen in Kooperation mit der Familie zu erreichen. Prinzip: Hilfe vor Strafe!

Wenn es von den kindlichen Voraussetzungen her möglich ist, muss das Kind in die Entscheidung, welcher Weg gewählt werden soll, mit einbezogen werden. Aufgrund des von der Familie erlebten Widerspruches von Verpflichtung und Kontrolle einerseits sowie Hilfe und Unterstützung andererseits ist es äußerst ratsam, dass die Verpflichtenden und Kontrollierenden andere sind als jene, die helfen und unterstützen.

Ziele der Interventionen einer Kinderschutzgruppe

Die Arbeit der Kinderschutzgruppe hat 3 Hauptziele:

1. Hilfe bei der Klärung und Einordnung der Ereignisse (= "Diagnose")
2. Schutz des Opfers
3. Hilfe zu Veränderungen, sodass sich die Misshandlung nicht wiederholt und die erlittenen Traumen besser bewältigt werden können

Der Schutz des Opfers erfolgt durch Trennung von Opfer und Täter oder durch andere Maßnahmen, welche sicherstellen, dass sich die Misshandlung nicht wiederholt. Die Ziele der Veränderungen unterscheiden sich für die verschiedenen Misshandlungsarten, wobei sie bei kombinierten Misshandlungen auch verbunden werden können:

- Bei der körperlichen Misshandlung und bei der Vernachlässigung wird versucht, soziale Faktoren, die zu diesen Misshandlungsformen beitragen können, zu verbessern.
- Bei der körperlichen Misshandlung sollen die elterlichen Erziehungsfähigkeiten und das Verständnis für kindliche Bedürfnisse gestärkt werden.
- Bei der körperlichen und der sexuellen Misshandlung kann es wichtig sein, eigene frühere und aktuelle Misshandlungserfahrungen der Eltern zu thematisieren, weil diese zur Gefährdung der Kinder beitragen können.
- Bei der sexuellen Misshandlung brauchen jene Eltern, die nicht Täter sind, viel Unterstützung zur Bewältigung dieses Ereignisses; dies gilt auch für die anderen Misshandlungsformen.
- Die misshandelten Kinder brauchen Hilfe zur Bewältigung der erlittenen Traumata. Ausgehend von den therapeutischen Zielen der allgemeinen Psychotraumatologie muss speziell auch bei der sexuellen Misshandlung auf die Folgen der frühzeitigen sexuellen Erfahrungen geachtet werden (besondere Gefahr, dass Opfer später zu Tätern werden).

Im Einzelfall wird aufgrund der vorhandenen Ressourcen sorgfältig abgewogen, wer wie viel an Unterstützung, Hilfe und Psychotherapie benötigt.

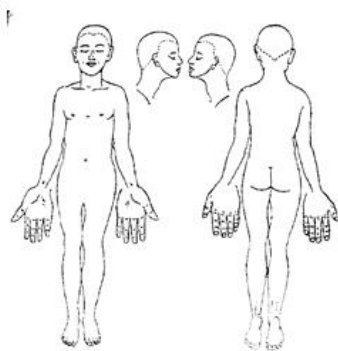
**Klinikinterne Dokumentationsunterlagen bei Unfällen mit potentiell
Verdacht auf Kindeswohlgefährdung**

1. Erstdokumentation für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen
2. Leitfaden zum Ablauf bei V. a Kindeswohlgefährdung
3. Pflegerische Verlaufsdokumentation

Erstdokumentation für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen

Bei Vd. a. nichtakzidentellen Unfallmechanismus (Kurzfassung, z.B. für Nachtdienst)

Name _____, geb. _____ Untersuchung am _____ um
 _____ Uhr
 Anwesend _____
 Untersucher/in _____



Anamnese

Vd.a. nichtakzidentellen Mechanismus?

- ☐ Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd
☐ Multiple Hämatome
 ☐ + verschiedene Farben
 ☐ + ungewöhnliche Lokalisation
☐ Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
☐ Prädispositionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
☐ Immersionsverbrennung („Handschuh-/Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
☐ Kontaktverbrennung (Zigarette, spezif. Abdruckmuster)

☐ Sonstiges:

- Hämatomfarbe und Lokalisation angeben
 ➤ Verbrennungsgrad und %

Allgemeiner Zustand/ Vigilanz/ ggf. GCS _____

- ☐ Vd.a. Gedeih-? ☐ Entwicklungsstörung? ☐ Vd.a. Vernachlässigung/ungepflegt?
☐ Vd.a. Frakturen? → Welche: _____

Vorgesehene Diagnostik:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <u>☐ Radiologie</u> | <u>☐ Sono</u> | <u>☐ Labor</u> |
| ☐ Röntgen: _____ | ☐ Schädel | ☐ gr. BB, BSG, SBS, CrP, Crea, Na, K, Ca, Ph, CK |
| ☐ CCT: | ☐ Abdomen | ☐ ALAT, ASAT, GGT, AP, Amyl, Lipasi |
| ☐ cMRT: | | ☐ Quick, PTT, TZ, Fibr, VZ, ggf. vWJ-Diagnostik |

☐ Augenarzt

☐ Retinablutung?

nur gezielt: PTH, Einzelfaktoranalyse, Cu, Coeruloplasmin, Vit D-Metabolite, organ. Säuren i.U.

PROCEDURE

- | | |
|--|---|
| ☐ Stat. Aufnahme Station _____ | ☐ Info Hintergrund (immer) |
| ☐ Ambulant möglich, weil (Ausnahme!) _____ | |
| ☐ Kindergynäkologischer Status? _____ | ☐ Info SD ☐ Info Kinderschutzgruppe |
| ☐ Fotodokumentation (evt. + Skizze) | |
| ☐ Info Jugendamt _____ | ☐ Bereits ambulante Hilfen vorhanden? |
| ☐ Info/Nachfrage Kinderarzt/ Hebamme/ andere Kliniken | |

Datum, verantwortlicher Arzt

NB: Extraordner, nicht in Patientenkurve! folgende Seiten für den Tagdienst → b.w.

1. Ergänzende Anamnese

(Anlaß der Vorstellung, Zeit, Hergang, Art der Gewalt, Informationsquelle)

1. Ergänzende Anamnese

(Anlaß der Vorstellung, Zeit, Hergang, Art der Gewalt, Informationsquelle)

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

(Ernährungszustand, ggf. Perzentilen, Pflegezustand, Entwicklung, Bekleidung)

Haut

Detaillierte Dokumentation und Vermessung, genaue Lokalisation, petechiale Lid- oder Bindehautblutungen, Skizze/ Fotos mit Maßstab, cave: verborgene Läsionen (behaarter Kopf, Körperhöhlen)

Innere Verletzungen

(innere Blutungen, Sono/Rö/MRT/CT, Altersabschätzung der Befunde – insbesondere von Frakturen, Hinweise auf Schädeltrauma/ Retinale Blutungen, neurologische Auffälligkeiten)

Genitale/ anale Befunde

(Frische Verletzungen, Narben, Entzündungszeichen, Hymenalfund –normal bis 0,5cm im 5. LJ, evt. kindergynäkologische Untersuchung durch erfahrenen Untersucher)

3. Verhaltensauffälligkeiten, psychischer Befund, soziale Situation

Psyche/Verhalten

- Verhalten der Situation angepasst?
- Überängstlich, verschlossen
- Eigenartig unbeweglich, beobachtend („frozen watchfulness“)
- „sexualisiertes“ Verhalten, ungewöhnlicher Wortschatz
- Hinweise auf Essstörungen
- Hinweise auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? (Urinprobe)

Soziale/ familiäre Verhältnisse

- Anzahl Geschwister
- Bekannte Misshandlungsproblematik
- Erziehungsberechtigte/ Elternhaus
- Berufstätigkeit/ Arbeitslosigkeit der Eltern
- Wohnverhältnisse
- Familienhelfer etc.

4. Auffälligkeiten bei den Eltern/ der Begleitperson

- Wer kommt mit dem Kind zum Arzt?
- Zeitverzögerung bzw. ungewöhnliche Tageszeit für Arztbesuch?
- Ungewöhnliche/ Übertriebene Besorgnis
- Diskrepanz zwischen Erklärung der Verletzungsursache und Befund
- Verschweigen/ verneinen früherer Verletzungen
- Häufiger Arztwechsel
- Alkohol- oder Drogenprobleme der Bezugsperson

5. Diagnose/ Differenzialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
Körperliche Misshandlung	☐	☐
Vernachlässigung	☐	☐
Seelische Misshandlung	☐	☐
Sexueller Missbrauch	☐	☐

Sonstige Differenzialdiagnose

z.B. Gedeihstörung, Stoffwechselstörung
Malabsorption, Unfall

6. Weiteres Procedere

- ✓ Wiedereinbestellung
- ✓ Weitere Konsiliarbesuche
- ✓ Krankenhauseinweisung
- ✓ Meldung z.B. an Jugendamt, sonstige Institutionen

Patienteneinleitkett

Leitfaden zum Ablauf bei V. a Kindeswohlgefährdung

(als Deckblatt in Extra – Akte; nicht in normale Patientenakte!)

Erst einschätzung, Maßnahmen

- ☐ Klinische Einschätzung, Plausibilitätsprüfung
 - ☐ Vitalfunktion? ☐ Akutdiagnostik veranlasst? ☐ Intensivstation? ☐ (neuro-) chir. Maßnahmen?
 - ☐ Erstdokumentation für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen ausgefüllt?
 - ☐ bei sexuellen Missbrauch innerhalb von 72 h Information der Polizei
 - ☐ Fotodokumentation (mit Maßstab)durchgeführt?
 - ☐ diensthabenden FA verständigt?
 - ☐ stationäre Aufnahme Station: _____ ☐ ambulant weil (Ausnahme!): _____ ☐
- Fallübergabe an: _____

Maßnahme (Durchführungsverantwortlicher)	Datum / Uhrzeit	Wer?
Tag 1 (Akutsituation)		
☐ primäre forensische Notfalluntersuchung indiziert? (Erwachsenen – Gyn.? KSG? Gerichtsmediziner?)		
☐ Information Jugendamt? ☐ Information über SD ☐ direkte Info JA ☐ akute Inobhutnahme? ☐ Familienhelfer vorhanden? ☐ Anzeige Kindeswohlgefährdung?		
☐ Information Polizei? ☐ Häusliche Spurensicherung? ☐ Anzeige?		
☐ Situation bewerten / 1. Falbesprechung / Tel. absprache (KSG)		
☐ Pflegedokumentation, Kinderschutz beginnen		
☐ Eltern – Erst – Gespräch (Dokument „Schilderung des Unfallherganges durch die Eltern“) ☐ Information über Prozedere ☐ generelle Schweigepflichtenbindung (s. Bogen)		
☐ Pflege legt Extra Kurve an		
Maßnahme (Durchführungsverantwortlicher)	Datum / Uhrzeit	Wer?
ab Tag 2		
☐ Ausführliche Anamnese (falls noch nicht erfolgt)		
☐ Information Jugendamt? (siehe inhalt Tag 1)		
☐ Information Polizei? (siehe inhalt Tag 1)		
☐ erweiterte Diagnostik?		
☐ Psychologische Exploration?		
☐ Rechtsmedizinisches Konsil?		

☐ Fallbesprechung KSG		
☐ Rücksprache Kinderarzt/ Hausarzt		
☐ Rücksprache Kita/ Hort/ Schule		
☐ Epikrise Vorbehandlungen		
Entlassungsmanagement		
☐ Information Jugendamt (siehe Inhalt Tag 1)		
☐ Information Polizei (siehe Inhalt Tag1)		
☐ Information Kinderarzt/ Hausarzt/ ambulanter Psychologe/ EFB		
☐ Elterngespräch		
☐ abschließende Fallbesprechung KSG		
☐ mit Jugendamt		
☐ mit Familienhelfer/ Erziehungsbeistand		
☐ mit Psychologe		
☐ Entlassung / Entlassungsgespräch (Stellungnahme vorbereiten)		
Durchschläge an JA + KSG (wenn Schweigepflichtentbindung erfolgte)		

Abkürzungen: KSG = Kinderschutzgruppe, FA = Facharzt, JA = Jugendamt, SD = Sozialdienst, EFB = Erziehungs- und Familienberatung

Erstellt/ Verantwortlich	Freigegeben	Datum	Gültigkeit
KSG: Fr. Dr. med. Matzker, Fr. Rabini, Fr. Topfer, S. Andrea Münch, S. Maren Lange FB Klinische Pflege, Fr. Rempel	CA PD Dr. med. habil Erler		Bis Inkrafttreten einer neuen Regelung

Pflegerische Verlaufsdokumentation

	Tag 1	Tag 2	Tag	Tag
Verhalten des Kindes gegenüber Pflegepersonal (z. B. ängstlich, distanzlos, zurückhaltend)?				
Verhalten des Kindes gegenüber anderen Patienten?				
Wie formuliert es Tätigkeiten und Begriffe (z. B. Stuhlgang, Urin ablassen, Scheide, Penis)?				
altersgemäßes Schamgefühl (z. B. beim Ausziehen und Waschen)?				
Äußert sich das Kind zur eigenen familiären Situation / Freunde / Schule?				
Äußert sich das Kind zum Umgang mit Medien (z. B. Erotik- und Pornovideos)?				

Zeigt das Kind altersentsprechendes Sexualverhalten (aufreizend, sexualisiert, kokett, Masturbation)?				
Wie isst das Kind (z. B. gierig, zu viel, zu wenig)?				
Wie schläft das Kind (z. B. ruhig, unruhig, hat es Angst vor dem Schlafengehen)?				
Wäscht sich das Kind selbstständig, bei jüngeren Kindern lässt es sich waschen?				
Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch oder wirkt es verschreckt?				
Besuche während des Aufenthaltes (wer, wie lange, wohin)?				
Umgang zwischen Besucher und Kind (z. B. liebevoll, distanzgemindert, überfürsorglich, desinteressiert, lieblos, mechanisch, überfordert)?				

Literaturverzeichnis

1. Bernd Herrmann, Sylvester von Bismarck, Ingo Franke; Reinhard Dettmeyer, Frank Blume, Anne-Kathrin Eydam, Gudrun Frese, Renee Flint, Juliane Hellwig, Dieter Kunert, Christel Miehle, Andreas Neumann: Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)(2010): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken.
http://www.dgkj.de/uploads/media/101210_KSG_Leitfaden_081210_01.pdf
2. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ): Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Brandenburger Leitfaden. Ellsäßer G, Erler T, Hoffmann M, Kreichelt D, Mirosław S, Reichel D, Tripp H, Zobel A, Potsdam, 2007
3. Ellsäßer G, Erler T, Woller T: Die „Gesichter“ der Opfer – Auswirkungen von Gewalt bei Schulkindern und Jugendlichen erkennen. 105. Jahrestagung der DGKJ, Mannheim, 03.-06.09.2009
4. Erler T: Ärztliche Aufgaben bei einem Verdacht auf Kindesmisshandlung. In: Ziegler D: Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg, Potsdam 2007; ISSN 1619-568x
5. Geerdts L, Ellsäßer G, Führer S, Erler T: Misshandlungen und Gewalt als Ursache von Verletzungen im Kindesalter - Ergebnisse eines Unfallmonitorings bei Kindern und Jugendlichen in Südbrandenburg (Deutschland). Unfallchirurg 2010; 113 (4): 568-572

6. Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik. Monatsschrift Kinderheilkunde 150: 1324-1338
7. Herrmann B (2005) ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen - das Shaken Baby Syndrom. Kinder- und Jugendarzt 36:256-265.
8. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2. Aktualisierte Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York. 350 S. 160
9. Jacobi G (Hrsg, 2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern. 528 S.

Anschrift des Verfassers:

Priv. Doz. Dr. med. habil. Th. Erler

Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

Thiemstrasse 111

D-03048 Cottbus

Tel.: 0355/46-2336

Fax: 0355/46-2077

E-mail: th.erler@ctk.de

"Fokus - Kinderschutz in Mecklenburg-Vorpommern" Eine Reihe der Geschäftsstelle des Bündnis Kinderschutz MV

Bisher erschienen:

Fokus 1 Kinderschutz in Mecklenburg-Vorpommern



Kinder-, Jugend- und Familienhilfe:
Neue rechtliche Grundlagen



Fokus 1: Kinder-, Jugend- und Familienhilfe: Neue rechtliche Grundlagen

Nach jahrelangen bundes- und fachpolitischen Debatten und als unmittelbare Reaktion auf zahlreiche öffentlich gewordene Misshandlungs- und Vernachlässigungsfälle sind in der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe eine Reihe von Gesetzesänderungen verabschiedet worden. Zu nennen sind hier an erster Stelle das Bundeskinderschutzgesetz, das neben dem Gesetz zur Kooperation und Information auch zahlreiche Änderungen des SGB VIII beinhaltet sowie das Gesetz zur Änderung des Vormundschafts- und Betreuungsrechts. Um den Überblick über die neuen rechtlichen Grundlagen zu erleichtern, haben die Fachstelle Kinderschutz und das Bündnis Kinderschutz MV die relevanten Neuregelungen in Band 7 zusammengefasst. Kernstück der als Arbeitshilfe konzipierten Broschüre ist eine sogenannte "konsolidierte Fassung" des SGB VIII. In dem vorliegenden Volltext des SGB VIII hat die Fachstelle Kinderschutz alle bisherigen Änderungen einschließlich der durch das Bundeskinderschutzgesetz eingearbeitet.

Im Bündnis

Kinder besser schützen.

unterstützt vom:



in Trägerschaft von:



im Rahmen des:



gefördert durch:

