

Gewalt gegen Kinder

Früherkennung,
Handlungsmöglichkeiten
und Kooperation
im Saarland

Leitfaden für
Ärztinnen und Ärzte



Gewalt gegen Kinder

**Früherkennung, Hand-
lungsmöglichkeiten und
Kooperation im Saarland**

**Leitfaden für Ärztinnen
und Ärzte**

2. Auflage Saarland 2009

Herausgeber:

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

Telefon: 0681/501-00
Telefax: 0681/501-3397
Internet: www.saarland.de

In Zusammenarbeit mit:

- Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur
- Ärztekammer des Saarlandes
- Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. Landesverband Saarland
- Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saarland

Bei der Überarbeitung des 1998 im Saarland erschienenen Leitfadens für Kinderärztinnen und Kinderärzte wurden Teile des in Hessen erschienenen Leitfadens "Gewalt gegen Kinder – Handlungshilfen für Arztpraxen in Hessen" mit freundlicher Genehmigung des Hessischen Sozialministeriums und der Techniker Krankenkasse in Hessen übernommen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Allgemeine Hinweise des Herausgebers	6
1. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.....	7
1.1 Körperliche Gewalt.....	8
1.2 Seelische Gewalt.....	8
1.3 Vernachlässigung.....	8
1.4 Sexuelle Gewalt.....	9
1.5 Elterliche Partnerschaftsgewalt.....	10
2. Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention	12
2.1 Epidemiologie.....	12
2.2 Belastungsfaktoren/Risikofaktoren.....	13
2.2.1 Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	14
2.2.2 Sexueller Missbrauch	15
2.2.3 Elterliche Partnerschaftsgewalt.....	15
2.2.4 Kindliche Belastung	16
2.3 Prävention.....	17
2.3.1 Landesprogramm "Frühe Hilfen"- "Keiner fällt durchs Netz".....	17
2.3.2 Vorausschauende Gesundheitsberatung	18
3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis.....	20
3.1 Ärztliche Schweigepflicht	20
3.2 Zulässige Offenbarungen	20
3.2.1 Schweigepflichtentbindung.....	20
3.2.2 Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 des Strafgesetzbuches.....	21
3.3 Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz-BKiSchG)	22
3.4 Anzeigepflicht.....	22
3.5 Konsequenzen für die ärztliche Praxis	23
3.5.1 Welche Aufgabe kommt Ärztinnen und Ärzten zu?.....	23
3.5.2 Welche Aufgaben haben Jugendhilfe, Familiengericht und Polizei?.....	24
4. Diagnostik und Befunderhebung.....	26
4.1 Diagnostik als Prozess	26
4.2 Körperliche Befunde	27
4.3 Formen von Verletzungen.....	28
4.4 Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt.....	31
4.5 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	33
4.5.1 Traumatisierungen.....	33
4.5.2 Besonderheiten verschiedener Entwicklungsstufen	34
4.6 Beurteilung der familiären Situation	36
4.7 Bewertung der Befunde.....	37
5. Schaubilder und Dokumentationsbögen	39
6. Fallmanagement in der Arztpraxis.....	50
6.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen	50
6.2 Zwischen den Praxisbesuchen	51
6.3 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	52
6.4 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind	53
6.5 Feedback	54
Literaturverzeichnis.....	55
Leitlinien.....	57
Adressen.....	58
Anhang.....	68

Vorwort

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

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

Die Auswirkungen der Gewalt gegen Kinder haben bundesweit zu vielfachen Bemühungen um einen besseren Kinderschutz geführt. Im Saarland wurden als einem der ersten Bundesländer mit dem Landesprogramm "Frühe Hilfen" seit 2007 im Verbund mit allen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung und der Jugendhilfe wichtige Strukturen geschaffen: Mit dem Projekt "Keiner fällt durchs Netz" sollen durch ein flächendeckendes Screening in den geburtshilflichen Kliniken Familien mit Belastungsfaktoren frühzeitig erkannt werden. Über die Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" der Landkreise, die als Ansprechpartner für Eltern in Problemlagen und Gesundheitsprofessionen dienen, wird belasteten Familien Beratung angeboten und Hilfen eingeleitet. Eine niedrigschwellige kontinuierliche Betreuung von Familien mit psychosozialen Problemen ist durch Familienhebammen bzw. sozialmedizinische Assistentinnen der Gesundheitsämter möglich. Durch Motivationsförderung zur Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und ein verbindliches Erinnerungssystem sowie der Möglichkeit einer nachgehenden Intervention bei Versäumnis kommt nahezu allen Kinder in der Vorschulzeit diese gesundheitliche Vorsorge zugute. Über landesweit angebotene Elternkurse "Das Baby verstehen" soll die elterliche Kompetenz gestärkt werden. Netzwerke für Eltern in den Kreisen helfen innerhalb der Kommunen die Kooperation der Akteure zu verstärken, die sich um das Kindeswohl und ein Aufwachsen ohne Gewalt bemühen.

Denn nur gemeinsam mit den Eltern, mit einem tragfähigen sozialen Netz, das auch zeitnahe niedrigschwellige und professionelle Unterstützung bereithält, wird es gelingen, den unterschiedlichen Problemlagen in einer komplexen Gesellschaft gerecht zu werden und Unterstützung im Alltag zu bieten.

Ärztinnen und Ärzte sind durch den engen Kontakt mit den Familien im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung der Kinder in besonderer Weise prädestiniert, die Auswirkungen von Gewalt an Kindern zu erkennen und zudem als „Türöffner“ für die Inanspruchnahme weiterführender psychosozialer Unterstützung zu fungieren. Vor dem Hintergrund, dass einerseits das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt die Kinder erheblich schädigt und je nach Dauer und Schwere der Gewalt auch den Charakter einer akuten Kindeswohlgefährdung annehmen kann und andererseits Partnerschaftsgewalt nicht einmalig auftritt, sondern meist mit der Zeit eskaliert, bestehen hier Chancen, vermehrte und schwere Gewaltanwendung durch möglichst frühzeitige Intervention und Unterstützung zu erkennen. Das präventive Potential zeigt sich vermehrt angesichts der Tatsache, dass elterliche Partnerschaftsgewalt neben der unmittelbaren kindlichen Schädigung einen der gravierendsten Risikofaktoren für (körperliche) Kindesmisshandlung bildet.

Der vorliegende Leitfaden zur Früherkennung, zu Handlungsmöglichkeiten und Kooperation bei Gewalt gegen Kinder soll Kinderärztinnen und Kinderärzten, aber auch Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen Informationen zur Diagnostik, zum Vorgehen in der Praxis und zu vorhandenen Hilfsangeboten liefern.

Die aktuelle Fassung des Leitfadens ist eine grundlegende Überarbeitung des 1998 erschienenen ersten gleichnamigen Leitfadens. Sie trägt sowohl der veränderten Rechtslage, neuen Erkenntnissen der Risikoforschung, der elterlichen Partnerschaftsgewalt sowie präventiven Aspekten Rechnung. Der Schwerpunkt liegt im Bereich physischer Gewalt wie auch somatischer Symptome als Folge von sexuellem

Missbrauch, Vernachlässigung oder elterlicher Partnerschaftsgewalt. Zu einzelnen Themenkomplexen wurden entsprechende Veröffentlichungen des Leitfadens aus andern Bundesländern aus den letzten Jahren herangezogen. Gemeinsam haben Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Gesundheitsämter, des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Landesverband Saarland, der Ärztekammer des Saarlandes, des Ministeriums für Bildung, Familie, Frauen und Kultur und des Landesjugendamtes die Überarbeitung durchgeführt und mit großer Unterstützung der Techniker Krankenkasse die Veröffentlichung ermöglicht. Beiträge lieferten auch das Landeskriminalamt, das Institut für Rechtsmedizin am Uniklinikum des Saarlandes und der Berufsverband der Frauenärzte.

Mit diesem Leitfaden erhält auch das Landesprogramm "Frühe Hilfen" einen weiteren Baustein, der dazu beitragen soll, Kinder vor den vielfältigen Formen von Gewalt besser zu schützen. Er liegt als Broschüre vor und steht auch als "Online-Datei" auf den Internetseiten aller Partner dieses Projekts zur Verfügung.



Prof. Dr. Gerhard Vigener
Minister für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales



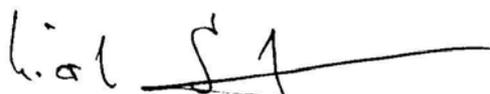
Annegret Kramp-Karrenbauer
Ministerin für Bildung, Familie, Frauen und Kultur



Ursel Schmill
Leiterin der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Saarland



San.-Rat Dr. med. Franz Gadomski
Präsident der Ärztekammer des Saarlandes



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

Allgemeine Hinweise des Herausgebers

Dieser Leitfaden beschreibt in seinem Textbeitrag die wichtigsten Aspekte des Problems "Gewalt gegen Kinder". Zusätzlich informiert er in einem Serviceteil über Hilfeinrichtungen für Opfer und Angehörige sowie Beratungsmöglichkeiten für niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte im Saarland.

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

Saarländische Einrichtungen, die in diesem Bereich Hilfen anbieten, sind in einem Adressenverzeichnis zusammengestellt.

In der Literaturzusammenstellung werden sowohl ein Quellennachweis für den textlichen Teil des Leitfadens als auch Empfehlungen für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema gegeben.

Kinderärztinnen und Kinderärzte finden in dem Leitfaden Kopiervorlagen zur praxisinternen Falldokumentation.

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

An der Überarbeitung des Leitfadens haben mitgearbeitet:

Fr. Maria-Luise Blum
Fr. Marion Ernst
Fr. Sigrid Hoffmann
Fr. Eva Groterath
Hr. Thomas Jochum
Fr. Andrea Käfer
Fr. Dr. Renate Klein
Hr. Dr. Klaus-Henning Kraft
Fr. Jasmin Langer
Fr. Ulla Lauer
Fr. Katja Müller
Fr. Dr. Liselotte Simon-Stolz
Hr. Hans-Georg Stockhausen
Fr. Britta Wagner
Hr. Prof. Dr. Jochen Wilske

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

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

1. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Gewalt gegen Kinder ist in unserer Gesellschaft in vielfältiger Weise gegenwärtig, in unterschiedlicher Form und Ausprägung. Gewalt in den Familien ist nicht als Problembereich einer kleinen Gruppe von Eltern zu sehen, sondern hat eine gesamtgesellschaftliche Dimension. Gewalt kann bei Kindern und Jugendlichen zu akuten und bleibenden Schäden führen und Entwicklung und Lebensentwürfe nachhaltig negativ beeinflussen.

Unterschieden werden vier Säulen der Gewalt und des Gewaltschutzes: neben Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch wird elterliche Partnerschaftsgewalt zunehmend als eine gravierende Form der Gewalt gegen Kinder wahrgenommen.

Den öffentlich bekannten Fällen von schwerer Misshandlung und Vernachlässigung steht eine hohe Dunkelziffer aller Formen von Gewalt gegenüber. Sie zu erkennen und den Betroffenen zu helfen, ist schwierig und nicht immer möglich. Gewalt gegen Kinder wird meist aus Angst oder Scham verschwiegen.

Ärztinnen und Ärzte genießen bei den Menschen eine besondere Vertrauensstellung. Sie sind die am häufigsten ins Vertrauen gezogene Berufsgruppe innerhalb des öffentlichen Sektors. Gleichzeitig werden sie in Praxis und Klinik sowohl mit den Formen akuter Gewalt konfrontiert als auch mit den Auswirkungen von Gewalt auf Gesundheit und Entwicklung. Im Einzelfall Gewalt als dafür ursächlich zu erkennen und Eltern darauf anzusprechen, ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen. Damit können Ärztinnen und Ärzte zudem als "Türöffner" für die Inanspruchnahme weiterführender psychosozialer Unterstützung fungieren.

Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meist wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig, sie kann aber auch durch ältere Geschwister ausgeübt werden. Gewalt wird fast immer in der Familie oder in anderen Formen des Zusammenlebens ausgeübt. Dabei steht seelisches Quälen der physischen Misshandlung nicht nach, wird jedoch nicht selten erstaunlich lange toleriert und verschwiegen. Viele Kinder sind auch durch das Erleben von Gewalt in der Partnerschaft ihrer Eltern belastet, manchmal sogar traumatisiert.

Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung. Die zunehmende Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen Kinder in unserer Gesellschaft darf nicht dazu führen, dass wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf misshandelnde Personen (und ihre Opfer) richten. Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Diesen Verhältnissen sind alle Menschen - je nach ihrer sozialen Lage - ausgesetzt. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend werden in der Fachöffentlichkeit zunehmend als Risikofaktoren für Gewalt gegen Kinder wahrgenommen. Noch nicht in ausreichendem Maße in den Blick gerückt ist dagegen die Tatsache, dass die Mehrheit der Gewalthandlungen gegen Kinder nicht durch die besonders armen oder belasteten Randgruppen geschieht. Auch ist das Risiko schwerer emotionaler oder erzieherischer Vernachlässigung für Kinder in den obersten Gesellschaftsschichten überproportional groß.

Den verantwortlichen Erwachsenen sollen frühzeitig Hilfen zur Selbsthilfe angeboten werden. Dabei müssen verschiedene Institutionen unterstützend zusammenarbeiten, um dem komplexen Problem gerecht zu werden. In diesem Leitfaden sollen dabei die Rolle der behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte im Hinblick auf Prävention und Vorsorge sowie die Hilfen für das Kind im Vordergrund stehen. Der Schwerpunkt liegt im Bereich physischer Gewalt wie auch somatischer Symptome als Folge von sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder elterlicher Partnerschaftsgewalt. Möglichkeiten für ein gemeinsames Fallmanagement mit anderen Einrichtungen werden aufgezeigt.

Gewalt ist ein gesellschaftliches Problem

Gewalt hat viele Formen

Hohe Dunkelziffer

Ärztinnen/Ärzte sollen Gewalt gegen Kinder erkennen

Gewalt wird meist in der Familie ausgeübt

Vernetzte Hilfe verschiedener Institutionen ist erforderlich

Die Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

1.1 Körperliche Gewalt

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

Definition

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

Das Kind erlebt Ablehnung

Seelische Gewalt liegt z. B. dann vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird. Diese Ablehnung wird ausgedrückt, indem das Kind gedemütigt und herabgesetzt, durch unangemessene Schulleistungsanforderungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen überfordert, oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird. Für das Kind wird es besonders schwierig, ein stabiles Selbstbewusstsein aufzubauen.

Das Kind erlebt Angst

Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinsein, Isolation des Kindes, Drohungen, Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind. Auch überbehütendes und übervorsorgliches Verhalten kann seelische Gewalt sein, Kinder können dadurch in ihren Entfaltungsmöglichkeiten eingeschränkt und behindert werden. Sie fühlen sich dann oft extrem unsicher, ängstlich, wertlos, hilflos und abhängig.

Kinder werden in partnerschaftlichen Konflikten für Bedürfnisse der Eltern missbraucht

Mädchen und Jungen werden auch für die Bedürfnisse der Eltern missbraucht: Indem sie gezwungen werden, sich elterliche Streitereien anzuhören, oder indem sie in Beziehungskonflikten instrumentalisiert werden. Diese Phänomene treten oft auch nach Trennung oder Scheidung auf, häufig in Zusammenhang mit Fragen des Sorge- oder Umgangsrechts des Kindes. Dies bedeutet für viele Kinder einen starken Loyalitätskonflikt, den Eltern zur Durchsetzung ihrer Sicht und Eigeninteressen bewusst in Kauf nehmen. Abzugrenzen sind davon Misshandlungen. Von strittigen und hochstrittigen Partnerbeziehungen abzugrenzen ist die Ausübung von Gewalt und Misshandlung in der elterlichen Partnerschaft (s. Punkt 1.5)

Mangel an Fürsorge und Förderung

1.3 Vernachlässigung

Kinder können körperlich, kognitiv, emotional oder erzieherisch vernachlässigt werden. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Körperliche Zeichen einer Vernachlässigung insbesondere bei jungen Kindern sind die nicht-organische Gedeihstörung, Folgen gravierender Fehl- und Mangelernährung und das Auftreten vermeidbarer Erkrankungen wie Rachitis oder Infektionskrankheiten bei versäumten Impfungen. Seelische Zeichen sind mangelnde Anteilnahme und Desinteresse des Kindes, Entwicklungsrückstand insbesondere in der sozial-emotionalen und sprachlichen Entwicklung, zurückgezogenes oder distanzloses Verhalten.

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

Die Grenzen zwischen den o. g. Formen der Kindesmisshandlung auf der einen und der Vernachlässigung auf der anderen Seite sind fließend – und zudem sind Kinder häufig mehrfach belastet: misshandelte Kinder leiden zusätzlich unter Vernachlässigung und vernachlässigte Kinder unter körperlicher und seelischer Misshandlung.

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

1.4 Sexuelle Gewalt

Unter sexueller Gewalt versteht man sexuelle Handlungen eines/einer Erwachsenen oder einer/eines älteren Jugendlichen an und mit einem Kind, wobei die/der Erwachsene das Kind als Objekt zur sexuellen Stimulation und zu ihrer/seiner Bedürfnisbefriedigung benutzt. Auch wenn Kinder sexuelle Handlungen mit einer/einem Erwachsenen situativ als angenehm empfinden, liegt trotzdem ein Missbrauch vor. Während Kindesmisshandlung von Männern und Frauen verübt wird, wird die sexuelle Gewalt überwiegend von Männern und männlichen Jugendlichen gegenüber Mädchen ausgeübt. Jedoch ist auch bei männlichen Säuglingen bzw. Knaben an sexuellen Missbrauch zu denken, und auch der sexuelle Missbrauch durch Frauen sollte bei einem Verdacht in Betracht gezogen werden.

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

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

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

**Sexueller
Missbrauch**

**Sexuelle Gewalt
ist nicht nur kör-
perlicher Miss-
brauch**

Sexuelle Gewalt erfolgt meist durch Familienmitglieder

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

Tiefgreifende Verunsicherung bei Opfer

Täter nutzen bei sexuellem Missbrauch in der Familie in besonderem Maße das Macht- und Abhängigkeitsverhältnis aus. Das Machtgefälle und das Vertrauen des Kindes ermöglichen ihnen meist ohne körperliche Gewalt, das Kind zu sexuellen Handlungen zu zwingen. Übergriffe können auch mit Zuwendungen (besonders viel Aufmerksamkeit, Geschenke usw.) verbunden sein, durch die sich das Kind zunächst aufgewertet fühlt. Dieses widersprüchliche Verhalten der missbrauchenden Person, d. h. die Aufwertung beispielsweise durch Liebesbeteuerungen einerseits und die sexuellen Übergriffe gegen den Willen des Kindes andererseits, führt zu einer tiefgreifenden Verunsicherung bei den Kindern. Sie versuchen diesen Konflikt unter anderem so aufzulösen, dass sie die Schuld für die sexuellen Übergriffe bei sich suchen. Die Scham, von einer meist geliebten und geachteten Person sexuell missbraucht zu werden, macht es einem Kind sehr schwer, sich einer dritten Person anzuvertrauen. Vor allem Jungen glauben, dass sie sich wehren können müssen und empfinden Übergriffe als eigenes Versagen. Für sie ist der Missbrauch zusätzlich mit dem Stigma der Homosexualität behaftet. Viele Mädchen und Jungen verschweigen Missbrauchserfahrungen durch Familienmitglieder, weil ihnen gedroht worden ist oder weil sie von sich aus spüren, dass sie durch Reden die Existenz und den Zusammenhalt der Familie aufs Spiel setzen.

1.5 Elterliche Partnerschaftsgewalt

Definition

Partnerschaftsgewalt bezeichnet alle Formen physischer, psychischer und sexueller Gewalt zwischen Erwachsenen, die in einer Partnerschaft leben oder gelebt haben.

Gewaltmuster

Partnerschaftsgewalt tritt in unterschiedlichen Ausprägungsformen und Mustern auf. So sind einige gewaltbelasteten Beziehungen dadurch gekennzeichnet, dass die Gewalt nicht oder wenig verletzungsträchtigen Charakter besitzt und selten sowie oftmals wechselseitig ausgeübt wird.

Davon zu unterscheiden sind Paarbeziehungen, in denen wiederholte und verletzungsträchtige körperliche Gewalt stets von einem Partner ausgeübt wird. Sie basiert auf einem ausgeprägten Machtungleichgewicht in der Partnerschaft und ist meist verbunden mit psychischer Gewaltausübung in Form systematischer Kontrolle und Erniedrigung. Da diese wiederholte schwere Partnerschaftsgewalt die Kinder in erheblichem Umfang schädigt, ist sie von besonderem Interesse für die pädiatrische Praxis. Entsprechend beziehen sich die folgenden Ausführungen ausschließlich auf jenes Muster.

Indikator für Kindeswohlgefährdung

Das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt schädigt die Kinder dabei nicht nur in der Akutsituation, sondern auch in ihrer weiteren kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung. Partnerschaftsgewalt muss daher als Indikator (potentieller) Kindeswohlgefährdung gewertet werden und ist neben Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch als 4. Säule des Kinderschutzes zu berücksichtigen (GiG-net 2008).

Tötungsgefahr

Die kindlichen Schädigungen durch das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt sind dabei vom Umfang her durchschnittlich etwa gleich stark wie beim Aufwachsen mit einem oder zwei alkoholkranken Elternteilen. Im Einzelfall können schwerste Traumatisierungen und auch Kindestötungen die Folge sein (s. Punkt 6.4).

Das unmittelbare Gewalterleben

Die Bedrohung oder Verletzung einer engen Bezugsperson stellt für Kinder eine große Belastung, Verunsicherung und Überforderung dar. Die Kinder schildern ausgeprägte Gefühle von Angst, Mitleid, Hilflosigkeit und Erstarrung. Viele greifen in das Geschehen ein, versuchen, die Mutter zu schützen. Oftmals fühlen sie sich auch schuldig, weil sie nicht eingegriffen haben oder weil sie glauben, Anlass bzw. "Grund" für die Gewalt zu sein (Strasser 2006, Kavemann 2006).

Mittel- und langfristige Belastungswirkungen

Grundsätzlich gilt, dass die Kinder sich nicht an die Gewalt "gewöhnen", sondern im Gegenteil eine Sensitivierung eintritt, so dass das fortgesetzte Miterleben von Mal zu Mal schwerere Schädigungen bewirkt. Die folgenden Ausführungen zu den mittel- und langfristigen Folgewirkungen beziehen sich vorwiegend auf die Arbeit von Dr. Heinz Kindler (Kindler 2006).

Das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt führt zu einer fünffach erhöhten Rate klinisch behandlungsbedürftiger Verhaltensauffälligkeiten.

Ca. die Hälfte der betroffenen Kinder bedarf der kinderpsychologischen bzw. kinderpsychiatrischen Behandlung. Die Mehrheit der Kinder leidet unter Angststörungen beziehungsweise Depressionen oder zeigt ausgeprägt unruhiges beziehungsweise aggressives Verhalten.

Im kognitiven Bereich wird die kindliche Intelligenz je nach Schwere der Gewalt um durchschnittlich 5 bis 8 IQ-Punkte gemindert und die schulische Entwicklung weist erhebliche Rückstände auf. Beispielsweise zeigen sich bei 40 % der Kinder Lese-rückstände von einem oder mehr Jahren.

Hinsichtlich der sozialen Entwicklung beeinträchtigt elterliche Partnerschaftsgewalt das Erlernen von Beziehungsfähigkeit, erschwert Gleichaltrigenbeziehungen im Kindes- und Jugendalter und führt zu einer Verdreifachung der Gewalt rate in späteren Partnerschaften.

Mit Blick auf Einschränkungen der psychischen Gesundheit in Form posttraumatischer Belastungsstörungen treten ebenfalls erheblich überdurchschnittliche Werte auf. So zeigen 50 % der Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren Traumatisierungszeichen und Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren sogar zu 90 % (Kindler, Vortragsmanuskript DRA 2006). Auch Neugeborene und Säuglinge können bereits traumatisiert sein, wenn sie Gewalthandlungen gegen die Mutter während der Schwangerschaft miterlebt haben.

**Angst, Mitleid,
Hilflosigkeit,
Schuldgefühle**

**Kumulative Wir-
kung**

**5-fach höhere
Behandlungsbe-
dürftigkeit**

**Angststörungen,
Depressivität,
Aggressivität**

**Minderung der
Intelligenz**

**Mindert Bezie-
hungsfähigkeit,
Gewalt in eigener
Partnerschaft**

**Traumatisierung
auch von Klein-
kindern**

2. Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention

2.1 Epidemiologie

Gewalt in der Familie

Gewalt in Schule und Peer Groups

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

Hohe Dunkelziffer

Die jährlichen Kriminalstatistiken zu Misshandlung und Vernachlässigung nach § 225 StGB - Misshandlung von Schutzbefohlenen - sowie nach § 171 StGV - Verletzung der Fürsorgepflicht - sind wegen der hohen Dunkelziffer in epidemiologischer Hinsicht wenig aussagekräftig.

Dunkelfeldstudien zu Misshandlung

Bundesdeutsche Dunkelfeldstudien aus den 1990er Jahren (Pfeiffer et al. 1999) belegten in 70 – 80 % körperliche Gewaltanwendung bei Kindern und Jugendlichen durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. 10 – 15 % waren schwere Formen wie Würgen, Tritte, Verprügeln oder körperliche Züchtigung mit Gegenständen. Ein Rückgang leichter bis schwerer körperlicher Gewalt als Erziehungsmittel ist feststellbar. Dies gilt nicht für Kindesmisshandlung als Form schwerster elterlicher Gewalt.

Dunkelfeldforschung zu Vernachlässigung schwierig

Das Ausmaß der Kindesvernachlässigung ist in der Dunkelfeldforschung bei schwieriger Operationalisierung und wegen methodischer Probleme nur schwer zu bestimmen. Die Dunkelfeldschätzungen bewegen sich bei einer Prävalenz von 5 – 10 % (Deegener 2006).

Ausmaß elterlicher Partnerschaftsgewalt erschreckend

Erschreckend hoch ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die von elterlicher Partnerschaftsgewalt betroffen sind. In Deutschland erfährt jede vierte Frau körperliche Gewalt durch ihren Partner. Mehr als die Hälfte dieser Frauen lebt mit Kindern zusammen (Schrötle, Müller, Glanmeier 2004). Nach Angaben der betroffenen Mütter, sehen oder hören die Kinder in den meisten Fällen die Gewaltausübungen oder werden mit hineingezogen und erfahren selbst Gewalt. Von kindlichen Schädigungen ist insbesondere bei wiederholter und/oder schwererer körperlicher Partnerschaftsgewalt auszugehen. Dies trifft einerseits nicht auf alle von Partnerschaftsgewalt betroffenen Frauen zu.

Folgen für Kinder vielschichtig und gravierend

Andererseits aber stellen Kinder insofern einen Risikofaktor für das Erleiden besonders schwerer elterlicher Partnerschaftsgewalt dar, als sie die Eltern aneinander binden und derart die Trennung vom Gewalt ausübenden Elternteil erschwert wird, so dass mit fortschreitender Dauer der Partnerschaftsgewalt auch deren Schwere zunimmt.

Tab. 1: Beteiligung der Kinder am Gewaltgeschehen

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

Im Kontext sexuellen Missbrauchs ist ebenfalls von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Zusammenfassende Studien seit den 80er Jahren gehen von einer geschlechtsspezifischen Betroffenheit von 10 – 18 % bei Mädchen und 5 – 7 % bei Jungen aus (Deegener 2006). 10 - 15 % der Frauen und ca. 5 - 10 % der Männer haben bis zum Alter von 14 oder 16 Jahren mindestens einmal einen unerwünschten sexuellen Körperkontakt erlebt, der entweder durch die moralische Übermacht einer deutlich älteren Person oder durch Gewalt durchgesetzt wurde. (Ernst 1997, zitiert nach Deegener 2006)

Auffallend sind auch die Überlagerungen verschiedener Formen der Kindesmisshandlung: Gewalt zwischen den Eltern scheint ein hohes Risiko für Kinder darzustellen, dass auch sie Opfer von Gewalt werden. Laut einer Befragung von Richter-Appelt (1994) finden sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung häufig bei gleichzeitiger körperlicher und seelischer Vernachlässigung statt (s. Deegener 2005).

2.2 Belastungsfaktoren/Risikofaktoren

Die Entwicklung des Kindes wird sowohl von den beim Kind vorhandenen Merkmalen (biologisch oder psychologisch) als auch seinem Lebensumfeld bestimmt. Zum Lebensumfeld gehören neben der Familie und ihrer Lebenssituation das soziale Umfeld ebenso wie die verfügbaren institutionellen Strukturen und die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen. Auch die vielfältigen Risikofaktoren, die zu Gewalt gegen Kinder führen, finden sich in diesem gesamten Kontext.

Der Begriff der Risikofaktoren, der zur Beschreibung ungünstiger Bedingungen Anwendung findet, kann in diesem Zusammenhang sehr leicht missverstanden werden. Es soll hier nicht ausgedrückt werden, dass es zu Gewalt gegen Mädchen und Jungen kommen muss, wenn bestimmte Faktoren vorhanden sind. Der Begriff Risikofaktor verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit der Gewalt größer ist, wenn mehrere Faktoren zusammen vorliegen. Dies birgt jedoch auch die Gefahr, dass Vorurteile geschürt werden und damit der Blick der helfenden Person eingeengt wird. Darum wurde der Begriff des Belastungsfaktors gewählt, der nicht automatisch zum Risikofaktor werden muss. Unabhängig vom Vorliegen belastender Faktoren können alle Kinder von Gewalt betroffen sein.

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

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

Eltern mit eigener Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung in der Kindheit neigen eher zu Gewalt, gleiches gilt bei psychischen Störungen und/oder Suchtproblematik, chronischen Erkrankungen und Minderbegabungen, verbunden mit mangelnden Fähigkeiten im Umgang mit Stress und der Lösung von Konflikten. Auch Belastungen seitens des Kindes wie Frühgeburtlichkeit, Regulationsstörungen mit häufig nächtlichem Schreien, eine chronische Erkrankung oder Behinderung des Kindes oder eines Geschwisterkindes mit hoher Anforderung an elterliche Unterstützung können Gewalt befördern, insbesondere in einem schon belasteten Umfeld.

**Sexueller
Missbrauch**

**Überlagerung
von Formen der
Gewalt**

Wahrscheinlichkeit von "Gewalt" wächst mit dem Ausmaß individueller Belastungsfaktoren

Belastungsfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen

Es kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwieweit diese Faktoren im Einzelfall überhaupt oder aber mit welchem Gewicht zu Gewalt gegen Kinder beitragen können (Deegener und Körner 2006). Heutige Erklärungsansätze gehen davon aus, dass weder genetische Vorgaben noch sozioökonomische Bedingungen allein das Zustandekommen von Misshandlungen erklären.

Ressourcen

Verschiedene Längsschnittstudien zeigen (Laucht, Schmidt Ihle & Esser 1998), dass sich Kinder auch unter negativen Bedingungen positiv entwickeln können. Ressourcen beim Kind oder im Umfeld wirken protektiv und erhöhen die Resilienz (Widerstandskraft) gegenüber negativen Einflüssen.

Vulnerable Kinder besonders gefährdet

Andere Kinder und Jugendliche erweisen sich als besonders emotional verletzlich (vulnerabel). Dies kann zum einen genetisch bedingt, zum anderen in einschneidenden Lebensphasen (Pubertät) oder durch Traumatisierung erworben sein. Vulnerable Personen entwickeln unter belastenden Bedingungen eher psychische oder psychosomatische Störungen.

Belastungsfaktoren können zu Gewalt gegen Kinder führen

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

Gewalt auch ohne Belastungsfaktoren

Dennoch muss auch bekannt sein, dass Gewalt gegen Kinder auch ohne erkennbare Belastungsfaktoren bei der Täterin/dem Täter ausgeübt wird und somit alle Kinder von Gewalt betroffen sein können.

Screening auf Belastungsfaktoren

Die in den letzten Jahren in Deutschland etablierten Frühwarnsysteme versuchen, über ein Screening Belastungsfaktoren zu erfahren und belastete Familien auf Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten hinzuweisen (s. Punkt 2.3).

2.2.1 Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Benachteiligung, Hilflosigkeit, Unfähigkeit

Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung entstehen überwiegend dann, wenn Eltern überlastet sind im persönlichen Bereich, z. B. aufgrund von psychischen und körperlichen Erkrankungen, eigener Misshandlung in der Kindheit, beengter Wohnverhältnisse oder Leben in einem sozialen Brennpunkt, von Armut und Arbeitslosigkeit, sozialer Isolierung oder aufgrund beim Kind bestehender Verhaltensprobleme oder Behinderungen.

Elterliche Partnerschaftsgewalt ist einer der bedeutendsten Risikofaktoren

Einen der bedeutendsten Risikofaktoren im familiären und sozialen Bereich für Kindesmisshandlung stellt elterliche Partnerschaftsgewalt dar (Kindler et al. 2006). Gegenüber den in der öffentlichen Wahrnehmung meist hervorgehobenen Risikofaktoren Armut oder depressive Erkrankung der Mutter ist die Gefährdung durch das kindliche Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt etwa doppelt bis viermal so hoch ausgeprägt. Die depressive elterliche Erkrankung lässt die Wahrscheinlichkeit für Kindesmisshandlung um das 3-4fache steigen, während Partnerschaftsgewalt mit einer 6 bis 12 fachen Rate einen starken Risikofaktor für Kindesmisshandlung darstellt (Kindler, Vortragsmanuskript Deutsche Dichterakademie 2006)."

Kinder als Blitzableiter bei Eskalation von Stressoren

Wenn der Druck und die Belastungen von außen zu stark werden, kann sich die familiäre Aggression am schwächsten Glied der Familie, dem Kind, entladen (Renschmidt 1986). Kinder werden als Blitzableiter und Sündenböcke benutzt. Konkrete Handlungen sind dann ungehemmtes Anschreien, Erniedrigen, Beschimpfen und auch Schlagen (vom sog. "kleinen Klaps" über die "schallende Ohrfeige" bis zum "mal den Hintern versohlt" und "Prügel mit der Folge von Bluterguss").

Andere Eltern reagieren auf ihre Belastungen mit Erschöpfung, Apathie, Resignation, Depressivität, leben dann wie hinter einer gläsernen Wand, können auf die Sorgen und Probleme und Anforderungen der Kinder nicht mehr genügend eingehen. Auch für Vernachlässigung gilt: Je geringer die finanziellen und materiellen Mittel einer Familie sind, je schwieriger das soziale Umfeld, je desorganisierter die Familiensituation, je belasteter die persönliche Situation der erziehenden Eltern und je herausfordernder die Situation und das Verhalten des Kindes sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Vernachlässigungssituation für das Kind entwickelt.

2.2.2 Sexueller Missbrauch

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

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

2.2.3 Elterliche Partnerschaftsgewalt

Als Risikofaktoren, die die Ausübung von Partnerschaftsgewalt begünstigen oder ursächlich bewirken, gelten sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Faktoren als zunehmend gesichert:

Die geschlechtsspezifische Ungleichverteilung von Macht und Ressourcen in der Gesellschaft sowie traditionelle Geschlechterrollen bzw. Männlichkeitsbilder mit Dominanz- und Überlegenheitsbezogenem, rigidem und Weiblichkeit ablehnendem Charakter befördern elterliche Partnerschaftsgewalt ebenso wie prägende Erlebnisse in der Kindheit in Form eines negativen Modells elterlicher Fürsorge in der Herkunftsfamilie in Form von Misshandlung, Vernachlässigung oder elterlicher Partnerschaftsgewalt (Kindler).

Dies kann zum individuellen Aufbau aggressiver und regelverletzender Verhaltensauffälligkeiten führen, der bereits in der Kindheit beginnt und u. U. in Suchterkrankungen i. e. S. einmündet. Konkrete Ereignisse, die die Exklusivität bzw. die Bindung erhöhen, wie das Zusammenziehen, Eheschließung, Kinder sowie Ereignisse, die die Verfügbarkeit mindern: z.B. Schwangerschaft und Geburt, Trennung erhöhen das Risiko, Gewalt gegen den Partner und ggf. die Kinder auszuüben.

Partnerschaftsgewalt ist in der Mehrheit der Fälle kein einmaliges Ereignis, sondern eskaliert und nimmt mit der Zeit an Intensität und Schweregraden zu. Hinsichtlich der Eskalation der Gewalt und der Ausübung schwerer Gewalt mit einem großen Verletzungspotential, die ein hohes Maß an kindlicher Traumatisierung bewirken kann, unter Umständen auch die Tötung eines Elternteils und/oder der Kinder zur Folge hat, hat die Forschung die folgenden "High-Risk-Indikatoren" ausfindig gemacht:

- Art und Intensität der aktuellen oder zuletzt ausgeübten Gewalthandlungen: Würgen, Vergewaltigung, Einsatz von Stich- oder Schusswaffen
- Besitz bzw. Zugang zu Waffen oder Kenntnis von Kampfsporttechniken

Erschöpfung und Rückzug befördern Vernachlässigung

Eigene Gewalterfahrungen der Täterin/ des Täters

Persönlichkeitsmerkmale, Beziehungsstörungen

Tradierte Geschlechterrolle

Prägende eigene Kindheitserfahrungen

Verhaltensprobleme, Sucht

Kein einmaliges Ereignis, Eskalation von Gewalt

Kindliche Traumatisierung

Massive Kindeswohlgefährdung, Tötungsgefahr

- Steigerung von Intensität und Häufigkeit der Gewalt
- Gewalttätigkeit auch im Beisein von Dritten
- Hinwegsetzen über Schutzanordnungen
- Gewaltanwendung gegenüber Dritten
- Alkohol- und Drogenkonsum
- ausgeprägtes Besitzdenken: kontrollierendes Verhalten und starke Eifersucht ("Wenn ich Dich nicht haben kann, dann auch kein anderer!")
- Todes-, auch Suiziddrohungen

Je mehr dieser Faktoren festgestellt werden können, desto akuter und insbesondere größer muss die Gefahr grundsätzlich eingeschätzt werden - im Sinne einer massiven Verletzung bis hin zur Tötung!

Zu beachten ist, dass aber der Umkehrschluss nicht zulässig ist, denn das Vorliegen nur weniger Faktoren bedeutet nicht zwangsläufig eine geringe Gefährdungslage! Entscheidend ist neben der Anzahl der vorliegenden High-Risk-Faktoren auch deren Kombination. Beispielsweise sollte eine Morddrohung durch extrem eifersüchtige Partnerinnen/Partner in der Trennungsphase sehr wohl ernst genommen werden, auch wenn es bisher zu keinen schwerwiegenden Gewalthandlungen gekommen ist, auch keine Gewalt gegenüber Dritten ausgeübt wurde und ebenso wenig Alkohol- oder Drogenmissbrauch vorliegt.

2.2.4 Kindliche Belastung

Höheres Risiko für Kinder mit Behinderung

Besondere Beachtung als Ursachen für Misshandlung, Vernachlässigung und Ausgrenzung sollten vom Kind ausgehende Belastungen finden:

Frühgeburtlichkeit, chronische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen und Fehlbildungen werden zu Risikofaktoren, wenn sich die Eltern durch Pflege und Erziehung des Kindes überlastet fühlen und entsprechende Unterstützung durch Dritte nicht möglich ist oder nicht angenommen wird. Schätzungen auf der Grundlage derzeit vorliegender wissenschaftlicher Studien gehen von einem zwei- bis dreifach höheren Risiko aus für Kinder mit Behinderungen, Opfer von Gewalt durch Misshandlung und Vernachlässigung zu werden als Kinder ohne Behinderung (Sullivan und Knutson 2000).

Dies gilt auch für sexuelle Gewalt. Bestimmte Fehleinschätzungen in Bezug auf sexuelle Gewalt und geistige Behinderung können auch Fachleute daran hindern, Hinweise auf Gewalterfahrungen bei diesen Kindern zu erkennen. So hält sich bis heute hartnäckig die Vorstellung, Kinder mit einer geistigen Behinderung seien zu wenig attraktiv, um Opfer sexueller Misshandlung zu werden. Signale und Symptome, die sie zeigen, werden ihrer Behinderung zugeschrieben, auch wenn das Verhalten vom üblichen Verhalten des Kindes abweicht.

Misshandlung als Ursache von Behinderung

Stärkere Aufmerksamkeit muss auch Misshandlung als mögliche Ursache von Behinderung erfahren. Bei körperlicher Misshandlung hängt es von der Härte und Intensität der Gewalt und von der Entwicklung des kindlichen Organismus ab, wie weitreichend die Schädigung des Kindes ist. So können die Auswirkungen eines Schütteltraumas für einen Säugling lebensbedrohliche Folgen haben oder zu Langzeitfolgen mit körperlicher oder geistiger Behinderung führen (Thyen und Johns 2004, Hermann 2005). Auch bei Schlägen auf den Kopf, die zu Hirnverletzungen führen, können die Auswirkungen erst sehr viele Jahre später sichtbar werden (durch Retardierung und Epilepsie). Die Ursache für Frühgeburtlichkeit und/oder Behinderung kann auch in elterlicher Partnerschaftsgewalt in der Schwangerschaft begründet sein.

Bei einem großen Teil der Kinder mit geistiger Behinderung bleiben die Ursachen ungeklärt. Der Prozentsatz von Kindern mit Behinderung infolge einer Kombination verschiedener Faktoren, wie z. B. Alkohol, Vernachlässigung, schwierige Familienverhältnisse, ist steigend.

2.3 Prävention

Unter präventiven Gesichtspunkten ist das frühzeitige Erkennen von Belastungsfaktoren als potentielle Risikofaktoren von großer Bedeutung. Beratung und ggf. Hilfen zu vermitteln, stellt eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung dar. Die Gesundheitsprofessionen haben insbesondere in der Betreuung der Schwangerschaft, der Geburt und frühen Kindheit den engsten Kontakt zu Schwangeren und jungen Familien.

Wenn Ärztinnen und Ärzte sich dieser Aufgabe annehmen, stellt das Wissen über Belastungsfaktoren ein wertvolles Werkzeug sowohl in der Prävention als auch in der Früherkennung von Gewalt gegen Kinder dar. Wann Belastungsfaktoren zu Risikofaktoren werden, ergibt sich aus der individuellen Situation des Kindes in seinem sozialen Umfeld. Es darf allerdings nie vergessen werden, dass alle Kinder von Gewalt betroffen sein können.

2.3.1 Landesprogramm "Frühe Hilfen"- "Keiner fällt durchs Netz"

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

Das saarländische Landesprogramm "Frühe Hilfen" mit seinem Baustein "Keiner fällt durchs Netz" versucht diesen anspruchsvollen Erwartungen zu entsprechen. Es beinhaltet einen systematisierten Brückenschlag zwischen der Gesundheits- und Jugendhilfe. In Zusammenarbeit mit dem Institut für psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg (Cierpka 2005), das das Projekt entwickelt hat und wissenschaftlich begleitet, werden neue Strukturen und Verfahren zur Prävention von Kindeswohlgefährdung etabliert:

In regionalen "Netzwerken für Eltern" arbeiten Gesundheits- und Hilfesysteme unter Einbeziehung weiterer Akteure zusammen.

Um belastete Familien frühzeitig zu erkennen, wird als wesentliches Element des Projektes ein generelles Screening auf psychosoziale Belastung in allen geburtshilflichen Kliniken durchgeführt. Erfragte Elemente im Rahmen des Screening sind die in Tabelle 2 aufgeführten Bereiche. Zu den einzelnen Merkmalen wird die Belastungshöhe in Kategorien erfragt.

Tab. 2: Screeningelemente aus der Heidelberger Belastungsskala im Projekt "Keiner fällt durchs Netz"

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

Gesundheitsversorgung Eltern und Kinder am nächsten

Kinderschutz verbessern

**Beratung und
Hilfevermittlung
durch Koordinie-
rungsstellen**

Ergeben sich daraus oder auch aus dem begleitenden Gespräch mit den Eltern bzw. Müttern entsprechende Anhalte, kann auf die Möglichkeit der Beratung und Hilfe verwiesen werden oder auch aktiv Kontakte zu den in allen Kreisen und im Regionalverband Saarbrücken eingerichteten Koordinierungsstellen vermittelt werden. Diese Stellen, besetzt mit einer Kinderärztin/einem Kinderarzt des Gesundheitsamtes, einer Sozialarbeiterin/einem Sozialarbeiter des Jugendamtes und einer psychologischen Begleitung des projektbegleitenden Instituts der Universitätsklinikums Heidelberg, koordiniert Maßnahmen der Prävention, vermittelt Hilfen im Einzelfall und bindet die Professionen der Region ins "Netzwerk für Eltern" mit ein (Suchberatung, Partnerberatung, Sozialhilfe, Jugendhilfe).

**Familienhebammen,
sozialmedizinische Assistentinnen**

Als konkrete familienunterstützende Maßnahme suchen Familienhebammen und/oder sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten im ersten Lebensjahr die Familien nach Bedarf im häuslichen Umfeld auf und regen dort verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen an. Bei Familien mit Kindern jenseits des ersten Lebensjahres wird die Hilfevermittlung über die Gesundheitsämter fortgesetzt: bei Bedarf suchen sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten des Gesundheitsamtes belastete Familien auch dann im häuslichen Umfeld auf. Mit regional angebotenen Elternkursen "Das Baby verstehen" soll die Kompetenz der Eltern in Fragen der kindlichen Bedürfnisse und der Erziehung gestärkt werden (Cierpka 2005).

**Teilnahme an
Früherkennungs-
untersuchungen
verbessern**

Das Gesetz zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung (s. Anhang) ermöglicht im Saarland, Familien zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen einzuladen und bei Versäumnis an die Teilnahme schriftlich und durch Hausbesuche des Gesundheitsamtes zu erinnern. Durch diese Maßnahmen wird die Beteiligung an diesen wichtigen Vorsorgemaßnahmen erhöht und damit auch die Chance, Gesundheitsberatung und ggf. notwendige Förderung einzuleiten. Bei Hinweisen auf ungünstige psychosoziale Bedingungen für das Kind besteht aber auch die Möglichkeit, die Eltern auf die Beratungsmöglichkeiten und Hilfesysteme im Kreis hinzuweisen. Gleiches gilt für die nachgehenden Interventionen des Gesundheitsamtes.

2.3.2 Vorausschauende Gesundheitsberatung

**Information über
kindliche Bedürf-
nisse**

Verbindliche Module zu Bedürfnissen des Kindes und zur Gesundheitsförderung könnten in Geburtsvorbereitungskursen, aber auch über Angebote in Geburtskliniken und Kinderkliniken an die Eltern Neugeborener vermittelt werden. In Berliner Projekten wurden gute präventive Erfolge erzielt mit einer von der Geburtsklinik/Kinderklinik angebotenen regelmäßigen Beratung und Begleitung der Familien über die ersten beiden Lebensjahre (Bergmann et al.).

**Gesundheitsbera-
tung als Teil der
Früherkennungs-
untersuchung**

Die individuelle Gesundheitsförderung ist in besonderem Maße Aufgabe der betreuenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Bereits beim ersten Kontakt mit der Familie sollte die Förderung der Gesundheit und Entwicklung des Kindes angesprochen werden, denn gerade in der ersten Zeit wollen Eltern das Beste für ihr Kind. Die Inhalte, die an die Eltern vermittelt werden sollen, müssen klar, einfach und nachvollziehbar sein. Das von der BZGA entwickelte Begleitheft zu den Kindervorsorgeuntersuchungen bietet einen guten Ansatz: Zu jeder Untersuchung gehört eine spezifische Broschüre, die die wichtigsten altersbezogenen Präventionsmaßnahmen im Kontext der Entwicklung aufgreift. In der Beratung sollten diese Aspekte zumindest von der Ärztin/vom Arzt oder der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter angesprochen und auf den Text hingewiesen werden.

**Gesundheitsför-
derung muss im
Alltag umsetzbar
sein**

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

Gesunde Ernährung und Bewegungsförderung sind auch mit geringerem finanziellen Spielraum zu realisieren, oft fehlen aber basale Kenntnisse über Einkauf und der Verarbeitung von Nahrungsmitteln. Kochkurse in Familienzentren oder sonstigen gern angenommenen Treffpunkten sind gute Anknüpfungspunkte, Gesundheitsthemen vertieft anzusprechen und verschiedene Maßnahmen auch konkret einzuüben. In diesem Sinne sollten Gesundheitsversorgung und Gesundheitsamt vor Ort gemeinsam wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung für Familien beraten und Möglichkeiten erörtern, die Eltern zu erreichen und zu motivieren (lokale Elternsprechstunden, Familienzentren, Kinderkrippen, in Zusammenhang mit Kleinkinderschwimmen etc.).

Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen eignen sich in besonderer Weise, die Gesundheit von Kindern und indirekt der Familien zu fördern. Zum einen gelingt dies durch einen gesundheitsorientierten Kindergartenalltag, in dem Bewegungsangebote, gesunde Ernährung, Zähneputzen und Händehygiene in der Routine verankert sind. Zum anderen sollten über Elterntreffen (Elternabende, gemeinsame Aktionen) aktiv eingebunden werden in Planungen in und um den Kindergarten und so auch bisher wenig interessierte Eltern zur Gesundheitsförderung motiviert werden. Zu Anforderungen an Gesundheitsförderung im Rahmen der Betreuung in Kinderkrippen wird auf das entsprechende Papier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie verwiesen (Horacek et al.; www.dgspj.de). Das saarländische Bildungsprogramm für Kindergarten lässt zur Umsetzung gesundheitsfördernder Aspekte ausreichend Raum (www.saarland.de).

Bestehende Strukturen für Gesundheitsförderung nutzen

Kindertageseinrichtungen sind wichtige Kooperationspartner

3. Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

3.1 Ärztliche Schweigepflicht

Voraussetzung
des rechtferti-
genden Notstan-
des

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

Die Schweigepflicht ist in § 203 des Strafgesetzbuches und in § 9 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes geregelt und gilt auch für das gesamte medizinische Hilfspersonal, unabhängig davon, in welcher Funktion es eingesetzt ist. Die Schweigepflicht umfasst dabei sowohl den Inhalt und die Einzelheiten der Untersuchung oder der Behandlung als auch die Identität der Patientin/des Patienten (MiJAGS 2006). Die hier und im folgenden zitierten Regelungen des Strafgesetzbuches sind im Anhang aufgeführt.

Grundsätzlich verbietet demnach nach aktueller Gesetzeslage die Schweigepflicht eine Informationsweitergabe an Dritte wie Jugendämter, Gesundheitsämter etc., es sei denn, die Patientin/der Patient erteilt eine Schweigepflichtentbindung oder die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 des Strafgesetzbuches sind gegeben.

Kinderschutz-
gesetz

Die Bundesregierung hat im Januar 2009 einen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz) ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Darin ist u. a. eine Norm vorgesehen, die Ärztinnen und Ärzte zu einer Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung an die Jugendämter befugt. Im Folgenden werden unter Punkt 3.2 die aktuellen, rechtlichen Regelungen dargestellt. Unter Punkt 3.3 wird der neue Gesetzesentwurf kurz erläutert.

3.2 Zulässige Offenbarungen

3.2.1 Schweigepflichtentbindung

Schriftliche
Bestätigung

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

Einsichts- und
Urteilsfähigkeit

Maßgeblich dafür, ob das Einverständnis auch von Kindern und Jugendlichen erteilt werden kann, ist, ob sie in der Lage sind, Wesen, Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung zu überblicken. Diese so genannte "Einsichts- und Urteilsfähigkeit" machen die Gerichte vom Einzelfall abhängig. Es gibt keine festen Altersgrenzen (Schönke, Schröder, Lenken; StGB, 2006), so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass Kinder unter 14 Jahren einwilligungsunfähig sind. Bei Jugendlichen ab 14 Jahren ist eine Einwilligungsfähigkeit allgemein anerkannt.

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen kann die Einwilligung vom gesetzlichen Vertreter erteilt werden. Handelt es sich bei einem Elternteil, aber gerade um denjenigen, von dem körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung oder elterliche Partnerschaftsgewalt ausgeht, müsste die Einwilligung wegen Gefahr in Verzug allein von dem anderen Elternteil erteilt werden oder – wenn die Gefahr von beiden Eltern ausgeht – die Vertretungsmacht entzogen und ein Ergänzungspfleger bestellt werden.

Diese Vorgehensweise ist allerdings zeitintensiv und daher wenig praktikabel, so dass Sie als Ärztinnen und Ärzte in diesen Fällen an eine Befugnis zur Informationsweitergabe wegen rechtfertigenden Notstands denken sollten. Es muss allerdings im Einzelfall geprüft werden, ob die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes vorliegen.

3.2.2 Rechtfertigender Notstand gemäß § 34 des Strafgesetzbuches

Festzustellen, ob eine Informationsweitergabe gerechtfertigt ist, ist letztlich für die Ärztinnen und Ärzte keine leichte Aufgabe, die eine am Einzelfall orientierte Abwägung erfordert.

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

- Unter gegenwärtiger Gefahr wird ein Zustand verstanden, bei dem bei natürlicher Weiterentwicklung der Dinge der Eintritt eines Schadens sicher oder doch höchstwahrscheinlich ist, falls nicht alsbald Abwehrmaßnahmen ergriffen werden (Tröndle & Fischer, StGB, 2009).
Handelt es sich um Kinder, bei denen Anzeichen, Verletzungen bzw. Beeinträchtigungen für körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt festgestellt werden, ist in der Regel eine gegenwärtige Gefahr für Leib und Leben gegeben. Diese Delikte sind als "Dauerdelikte" bzw. als Wiederholungshandlungen einzuordnen.
- Darüber hinaus müssen Ärztinnen und Ärzte bei der Interessenabwägung zu dem Ergebnis kommen, dass das geschützte Interesse, die körperliche und seelische Gesundheit des Kindes, das beeinträchtigte Schutzgut, das Geheimhaltungsinteresse, wesentlich überwiegt. Dies dürfte in Fällen von sexuellem Missbrauch, erheblicher körperlicher Gewalt oder auch dann der Fall sein, wenn das Kind wiederholte, schwere Partnerschaftsgewalt miterlebt hat. In die Interessenabwägung ist der Grad der drohenden Gefahr, d. h. das Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. Schädigungen des Kindes und der Grad der Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts, mit einzubeziehen.
- Daneben muss es sich nicht nur um eine gegenwärtige, sondern auch um eine nicht anders abwendbare Gefahr handeln. Damit ist gemeint, dass die Informationsweitergabe zur Abwendung der Gefahr von dem Kind erforderlich sein muss und zwar in zweierlei Hinsicht, dass sie zum Schutz der Gesundheit des Kindes geeignet und im Hinblick auf das Geheimhaltungsinteresse so schonend wie möglich ist. Geeignetheit bedeutet nichts Anderes, als dass eine erfolgreiche Gefahrabwendung nicht ganz unwahrscheinlich ist.
- Gleichzeitig muss die Informationsweitergabe das relativ mildeste Mittel darstellen. Dazu sollten die Ärztinnen und Ärzte mit erwachsenen Opfern sprechen und sie ermutigen, selbst Maßnahmen zu ergreifen, sich an die Polizei zu wenden oder einer Schweigepflichtentbindung zuzustimmen. Sind Kinder betroffen, sind die Anforderungen an die Ausschöpfung milderer Mittel um so geringer, umso jünger die Kinder sind und umso weniger sie von sich aus tätig werden können. Bei Kindern wäre beispielsweise je nach Fallgestaltung als milderer Mittel in Erwägung zu ziehen, bei den Eltern die Situation anzusprechen und ihnen zu empfehlen, sich Unterstützung, z. B. in Form einer Familienhilfe, zu holen. Ob eine solche Empfehlung in Betracht kommt, wird letztlich vom Grad und der Schwere der Gefährdung des Kindes und dem Umgang der Eltern mit der Situation abhängen.

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

Befugnis zur Informationsweitergabe

Einzelfallentscheidung

Gegenwärtige Gefahr

Interessenabwägung

Dokumentation erforderlich

3.3 Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Kinderschutzgesetz-BKiSchG)

In dem im Januar 2009 von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Gesetzesentwurf zur Verbesserung des Kinderschutzes ist der Gesetzesentwurf für ein Gesetz über die Zusammenarbeit im Kinderschutz (KiSchZusG) enthalten. Darin werden die Aufgaben und Befugnisse für Ärztinnen und Ärzte, was die Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung angeht, in § 2 KiSchZusG konkretisiert:

Auf Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken

In **Abs. 1** ist vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte (und andere Personen, die einer Schweige- oder Geheimhaltungspflicht i. S. d. § 203 des Strafgesetzbuches unterliegen) bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen und wenn eine genauere Einschätzung der Gefährdung nicht möglich ist oder die eigenen fachlichen Mittel zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen, die Situation mit den Sorgeberechtigten erörtern und soweit erforderlich bei ihnen auf die Inanspruchnahme geeigneter Hilfen hinwirken sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Die Erörterung mit den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Inanspruchnahme von Hilfen ist, soweit der Schutz des Kindes oder des Jugendlichen gewährleistet ist, als Soll-Vorschrift ausgestaltet.

Neu: Befugnisnorm zur anonymen Einbeziehung von Fachkräften

Abs. 2 befugt die Ärztinnen und Ärzte dazu, zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung oder der erforderlichen und geeigneten Hilfen eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuzuziehen und die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten in anonymisierter und pseudonymisierter Form zu übermitteln.

Neu: Befugnisnorm zur Mitteilung an Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten

Abs. 3 befugt die Ärztinnen und Ärzte, wenn ein Tätigwerden erforderlich ist, um eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen oder eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden und die Personenberechtigten nicht dazu bereit oder in der Lage sind, hieran mitzuwirken, die gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung dem Jugendamt mitzuteilen. Die Regelung deckt sich im Ergebnis mit der aktuellen Rechtslage. Sie vereinfacht die Situation für die Ärztin/den Arzt aber insofern, als diese/dieser nunmehr nicht mehr die Interessensabwägung im Hinblick auf den rechtfertigenden Notstand durchführen muss. Vielmehr ist ihnen aufgrund dieser Befugnisnorm eine Informationsweitergabe an die Jugendämter möglich, ohne dass sie Sorge haben müssten, dass sie sich dem Vorwurf des Bruchs der Schweigepflicht aussetzen. Im Gesetz ist daneben vorgesehen, dass die Betroffenen vorab auf die Möglichkeit der Informationsweitergabe hinzuweisen sind, es sei denn, dass dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Es handelt sich um eine Befugnis und nicht um eine Pflicht zur Informationsweitergabe.

3.4 Anzeigepflicht

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

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

3.5 Konsequenzen für die ärztliche Praxis

3.5.1 Welche Aufgabe kommt Ärztinnen und Ärzten zu?

Bei der ärztlichen Versorgung steht die medizinische Betreuung des Kindes im Vordergrund. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch die medizinischen Hilfen, die dem Kind gegeben werden können, motiviert.

Auch wenn beispielsweise die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 des Strafgesetzbuches vorliegen, gibt es keine Anzeigepflicht. Je nach Schwere der Tathandlung und der akuten Gefahr der Wiederholung sollte die Ärztin/der Arzt unter sorgfältiger Rechtsgüterabwägung entscheiden, ob er den Sachverhalt zur Anzeige bringt. Unabhängig von einer Strafanzeige im Hinblick auf bereits begangene Straftaten ist stets zu erwägen, dass bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt Wiederholungshandlungen im Raum stehen, bei denen für die Kinder auch weiterhin die Gefahr von Verletzungen bzw. mittel- und langfristigen Beeinträchtigungen besteht. Die Ärztinnen und Ärzte sollten sich dieser Verantwortung bewusst sein.

Dabei ist zu bedenken, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte einen wichtigen Teil des Hilfesystems für Kinder bilden. Ihnen kommt je nach Fallkonstellation die Rolle von Initiatoren zu, die einen Hilfeprozess erst in Gang bringen können. Dazu ist allerdings die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Professionen erforderlich.

Ist die Informationsweitergabe aufgrund einer Schweigepflichtentbindung, wegen rechtfertigenden Notstandes oder nach In-Kraft-Treten des neuen Kinderschutzgesetzes aufgrund der dort vorgesehenen Befugnis zulässig, empfiehlt es sich für Ärztinnen und Ärzte je nach Alter der Kinder Kontakt mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter - der auch Ansprechpartner im Rahmen des Programms "Frühe Hilfen" für die Gesundheitsprofessionen ist - oder mit dem zuständigen Jugendamt aufzunehmen und die weitere Vorgehensweise abzusprechen. Liegen weder eine Schweigepflichtentbindung noch die Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes oder nach In-Kraft-Treten des Kinderschutzgesetzes auch keine sonstige Befugnis vor, sollte die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, weitere Hilfemaßnahmen bzw. Vorgehensweisen ohne Weitergabe der Daten der Betroffenen in anonymisierter Form abzustimmen (vgl. dazu auch oben unter Punkt 3.3 § 2 Abs. 2 des Gesetzentwurfs über die Zusammenarbeit im Kinderschutz).

Voraussetzung für eine fallbezogene Kooperation ist, dass bereits entsprechende Strukturen aufgebaut worden sind. Daher ist es für Kinderärztinnen und Kinderärzte wichtig, persönliche Kontakte zu den Ansprechpartnerinnen/-partnern der anderen Einrichtungen herzustellen und auszubauen. Dazu bietet es sich beispielsweise an, an Arbeitskreisen, "Runden Tischen" oder Kooperationstreffen von Ärztinnen und Ärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Jugendämtern, freien Jugendhilfe, z.B. des "Netzwerks für Eltern", teilzunehmen.

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

Eine Übersicht von speziellen Hilfeeinrichtungen und Behörden finden Sie im Serviceteil dieses Leitfadens. Im nachfolgenden Abschnitt werden die zentralen Aufgaben der Kooperationspartnerinnen/-partner erläutert.

**Sorgfältige
Rechtsgüterab-
wägung**

**Initiatoren des
Hilfeprozesses**

**Kontaktaufnahme
mit entsprechen-
den Hilfeeinrich-
tungen**

**Arbeitskreise,
Kooperations-
treffen,
"Netzwerke für
Eltern"**

3.5.2 Welche Aufgaben haben Jugendhilfe, Familiengericht und Polizei?

Kinder- und Jugendhilfe

Förderung des Kindeswohles

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

Schutzauftrag

Daneben ist die Kinder- und Jugendhilfe dem in § 1 Abs. 3 Nr. 3 SGB VIII normierten Schutzauftrag verpflichtet.

Leistungserbringer: Jugendämter

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

Träger der freien Jugendhilfe

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

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

Präventiver Kinderschutz

Die Jugendämter und die Träger der freien Jugendhilfe sind dem in § 8a SGB VIII (s. Anhang) konkretisierten Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung verpflichtet. Das bedeutet, dass es Aufgabe der Jugendämter ist, allen Hinweisen (auch anonymen) oder einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nachzugehen, sich die erforderlichen Informationen einzuholen, Gefährdungseinschätzungen vorzunehmen und Schutzmaßnahmen für das Kind einzuleiten. Dabei ist es unerheblich, wer das Jugendamt über Anhaltspunkte einer Gefährdung des Wohls des Kindes unterrichtet oder von wem die Gefahr ausgeht.

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

Familiengericht

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

Gebote und Verbote

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

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

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

Polizei

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

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

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

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

Im Saarland ist grundsätzlich jede Polizeidienststelle zuständig, Strafanzeigen aufzunehmen. In der Landespolizeidirektion werden Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Kindern von der Kriminalpolizeiinspektion (KK 1, SG 11) bearbeitet und Straftaten wie Misshandlung von Schutzbefohlenen und Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht von den Kriminaldiensten der Polizeiinspektionen und -bezirksinspektionen. Als Ansprechpartner für Präventionsmaßnahmen steht das Landeskriminalamt (Dezernat LKA 14) zur Verfügung.

**Schweigepflicht
auch für Jugend-
amtsbeschäftigte**

Legalitätsprinzip

**Verhinderung
und Abwehr
von Gefahren**

4. Diagnostik und Befunderhebung

4.1 Diagnostik als Prozess

Hinweise

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

Altersgemäße Untersuchungssituation schaffen

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

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

Diagnostik

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

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

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

Schaubild, Dokumentationsbögen

Mögliche Befunde haben forensischen Charakter und müssen angemessen dokumentiert werden (Foto mit Maßstab sowie zusätzliche Skizze mit Beschreibung) ohne die Kinder zusätzlich zu traumatisieren. Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation geben Ihnen die Schaubilder und Dokumentationsbögen im Kapitel 5.

4.2 Körperliche Befunde

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

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

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

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

Was sollte bei Verletzungen grundsätzlich abgeklärt werden?

- Sind sie altersgerecht, spieltypisch oder auffällig im Verhältnis zur Lebhaftigkeit bzw. Geschwister- und Familiensituation usw.?
- Wie sollen sie zustande gekommen sein, ist dies hinsichtlich der geschilderten Abläufe plausibel?
- Wirken die Angaben aufrichtig oder werden nach und nach verschiedene Versionen vorgetragen?
- Welche Angaben macht das Kind spontan oder nach einer allgemeinen Frage nach dem Zustandekommen? Jede eingehendere Befragung des Kindes ist jedoch unbedingt zu unterlassen wegen einer dadurch möglichen und später nicht mehr revidierbaren Beeinflussung des Kindes.

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

- (Digital-)Foto: zuerst Übersichtsaufnahme zur Festlegung der jeweiligen Körperregion
- Immer orthograd (senkrecht zur Körperoberfläche) fotografieren, schräge Blickwinkel (Lichteinfall) nur ergänzend wählen
- Immer Maßstab neben die Verletzung halten, ideal ist ein Maßstab mit 90 Grad-Winkel
- Gegebenenfalls Nahaufnahmen einzelner Befunde zur Darstellung von Details

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

Plausibilität der Angaben

Hinweise zur Untersuchung

Hinweise zur Befunddokumentation

Krankenunterlagen, Mittel zur Beweisführung und Entlastung

Verletzungen abklären

Alterstypische Verletzungsmuster

Verletzung fotografieren

Vorteile der Biiddokumentation:

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

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

Das Institut für Rechtsmedizin bietet hier im Rahmen seiner allerdings sehr eingeschränkten personellen Möglichkeiten seine Unterstützung an: Vorstellung des Kindes im Institut nach Voranmeldung (Telefon rund um die Uhr: 06841 / 162-6300)

Übersendung von Fotos an Mitarbeiter des Institutes mit telefonischer Besprechung der Befunde unter Einbeziehung der bisher bekannt gewordenen Angaben und Beobachtungen

Ein auswärtiges Aufsuchen ist nur in wenigen besonderen Einzelfällen möglich (hoher Zeit- und Kostenaufwand bei fehlender Abrechnungsmöglichkeit über Krankenkassen)

4.3 Formen von Verletzungen

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

Hinweisend für Misshandlung sind Hautbefunde (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und der Verdacht auf verschiedene Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen). Misshandelte Kinder weisen oft eine hohe Anzahl an Hämatomen auf, die bei Unfallstürzen nur in Zusammenhang mit Gerinnungsstörungen gefunden werden. Dabei deuten Lokalisationen im Gesicht, Kieferwinkel, Hals, Nacken, am Gesäß, am Rücken, im Brustbereich und auf dem Bauch, Innenseite der Ober- und Unterarme, Handrücken, Ober- und Unterschenkel dorsal und Anogenitalbereich eher auf Misshandlung hin. Typisch für Sturzverletzungen sind hingegen die eher vorne gelegenen knöchernen Prominenzen ("Leading edges") wie Ellenbogen, Hüften, Becken, Knie und Schienbeine, am Kopf die Stirn, Schläfe, Nase, Kinn sowie die Handinnenseiten und der Unterarmrücken.

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

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

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

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

Die Prognose ist schlecht: 20 - 25 % der Opfer sterben, bei etwa 60 % der Überlebenden resultieren oft ausgeprägte neurologische Störungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder Anfallsleiden. Forensisch wichtig ist, dass die Opfer aufgrund der diffusen Gehirnschädigung sofort symptomatisch sind, also kein symptomfreies Intervall wie bei isolierten und allmählich zunehmenden subduralen Blutungen haben. Auch wenn die Tat meist im Affekt passiert, ist nach Einschätzung der American Academy of Pediatrics und vielen Aussagen geständiger Täter, ihnen der potenziell lebensgefährliche Charakter des Schüttelns bewusst (AAP 2001, Herrmann 2005).

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

Bei Verbrennungen und Verbrühungen lässt dem Entwicklungsstand des Kindes nichtentsprechendes Muster der Läsionen an Misshandlung denken. Unfall bedingte Verbrühungen entstehen, z. B. wenn ein Kleinkind ein Gefäß heißer Flüssigkeit vom Tisch herunterzieht. In diesem Fall sind Hals, Brust, Schultern und Gesicht betroffen und die Verbrühungen unregelmäßig ("Spritz- und Tropfmuster"). Wenn ein Kind absichtlich in ein heißes Bad gesetzt wird, sind Gesäß und Hände gleichzeitig oder Hände und Füße gleichzeitig betroffen. Typisch für diese auch Immersionsverbrühung genannten Verletzungen, ist das sogenannte scharf abgegrenzte "Handschuh- oder Strumpfmuster". Dieses Verletzungsmuster kann nicht entstehen, wenn das Kind selbständig in die Badewanne steigt. Dabei ist meist nur eine Hand oder ein Fuß betroffen und die Verbrennungsränder durch den starken Schmerz nicht so regelmäßig wie bei der Immersion. Sie sollten sich bei jeder Verbrühungsverletzung den genauen Hergang schildern lassen und den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen.

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

Skelett- verletzungen

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

Kindesmisshandlung als syndromale Diagnose

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

Das Auftreten von Knochenbrüchen bei Kindern von einem Lebensalter unter drei Jahren muss als hochverdächtig hinsichtlich einer möglichen Kindesmisshandlung angesehen werden. Hierfür sind erhebliche Kräfte erforderlich, die durch banale Stürze "Einklemmen" in Bettgitterstäben nicht erreicht werden.

Die Verkalkung an der Bruchstelle (Kallusbildung) setzt innerhalb der ersten Woche nach der Verletzung ein und ist nach 10 bis 14 Tagen auf dem Röntgenbild nachweisbar. Daher ist es wichtig, bei dringendem Verdacht auf Misshandlung die Röntgenaufnahmen nach ein bis zwei Wochen zu wiederholen oder zusätzlich eine Skelettszintigrafie durchzuführen. Alternativ kann in ausgesuchten Fällen ein Ganzkörper-MRT wertvolle Befunde liefern. Aufgrund der hohen Aussagekraft der beschriebenen Frakturmerkmale ist bei Kindern unter drei Jahren das Röntgen-Skelett-Screening bei entsprechendem Verdacht zu veranlassen. Danach sind Röntgenaufnahmen aufgrund der wesentlich geringeren Ausbeute nur bei entsprechendem klinischem Verdacht gerechtfertigt.

Innere Verletzungen

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

- Hämatome der Darmwände (intramurale Duodenal- und Jejunalhämatome), die sich fast nie bei Unfällen finden
- Magen- oder Dünndarmperforationen
- Einrisse des Mesenteriums
- Leber-, Nieren-, Milz- und Bauspeicheldrüseneinrisse und -einblutungen
- Lungenverletzungen, Brustkorb- und Herzbeutelblutungen (Hämatothorax und Hämatoperikard)

Klinisch imponieren anhaltendes Erbrechen, Schmerzen, ein aufgetriebener Bauch, Ausbleiben der Darmgeräusche, Störungen des Stuhlgangs, Entzündungen des Bauchfells und Schock.

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

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

4.4 Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

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

Die somatische Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch ist immer eine Erhebung eines Ganzkörperstatus. Bei der pädiatrischen Allgemeinuntersuchung werden insbesondere die Körperteile, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind, genau untersucht, wie z. B. Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite. Wenn der Arzt mit den Besonderheiten der genitalen Befunderhebung vertraut ist, kann er einen Genitalstatus erheben, der vorwiegend aus einer genauen Inspektion der Genital- und Analregion mit verschiedenen Techniken und Untersuchungspositionen besteht. Eine instrumentelle gynäkologische Untersuchung mit Vaginoskop oder Spekulum ist außer bei akuten, blutenden Verletzungen (in Narkose) präpubertär kontraindiziert und bei Teenagern möglich, aber meist nicht erforderlich. Es wird auf frische oder alte Verletzungen, Einrisse und gegebenenfalls Spermaspuren untersucht und insbesondere die Konfiguration des Hymenalsaums beurteilt. Die Inspektion bei einem Mädchen umfasst neben dem Gesamtaspekt des Genitalbereiches (und der körperlichen Entwicklung), die Klitoris, große und kleine Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen, die Inguinalregionen sowie die Analregion. Neben der Separationstechnik muss obligat die Traktionsmethode der großen Labien erfolgen, um eine ausreichende Entfaltung der tiefer liegenden Strukturen zu gewährleisten. Da bei beweisenden Befunden der Nachweis in allen Untersuchungstechniken gefordert wird, ist auch die Knie-Brust-Lage durchzuführen (Herrmann 1997, 2002). Auch sie ist allerdings an die Compliance des Kindes gebunden. Nur bei Ausfluss in der Vorgeschichte oder während der Untersuchung oder bei zurückliegender Penetration ist die Abnahme von Kulturen auf sexuell übertragbare Erkrankungen indiziert.

Vergiftungen

Kinderfreundliche und nicht traumatisierende Untersuchungsbedingungen schaffen

Somatische und ggf. kindergynäkologische Untersuchung

Kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung

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

Mädchen und Jungen sind Opfer

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

Forensische Befunde selten

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

Körperliche Befunde mit unterschiedlicher Wertigkeit

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

Beweislage oft schwierig

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

Sexuell übertragbaren Krankheiten als Hinweis

Bei den sexuell übertragbaren Krankheiten sind nach Ausschluss einer Übertragung in der Neugeborenenperiode die Gonorrhoe, Syphilis und HIV beweisend für sexuelle Gewalt. Infektionen mit Trichomonaden jenseits des ersten sowie von Chlamydien jenseits des dritten Lebensjahres zählen ebenfalls dazu. Condylomata accuminata (Feigwarzen) sind vor der Geschlechtsreife des Kindes möglicherweise Folge von Missbrauch – oft ist der Infektionsweg aber nicht zu klären, so dass aus der Infektion allein keine Diagnose gestellt werden darf. Bei einer Schwangerschaft in der Frühpubertät muss man immer an die Folgen eines Missbrauchs denken. Daneben gibt es noch unspezifische Symptome, die ebenfalls bei einem Missbrauch entstehen können, wie rezidivierende Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis. Sie sind jedoch ungeeignet die Diagnose zu stellen. Bei akuten Übergriffen sind die möglicherweise erforderlichen Prophylaxen (Geschlechtskrankheiten, HIV, Schwangerschaft) zu beachten.

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

4.5 Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

Die Erhebung des psychischen Befundes gehört weder in der Praxis noch in der Klinik zum diagnostischen Alltag. Es empfiehlt sich, bei Verdachtsmomenten die Hinzuziehung eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/Psychiater (in eigener Praxis oder in einer Ambulanz).

Seelische Gewalt, aber auch körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und das Miterleben elterlicher Partnerschaftsgewalt können sich durch Verhaltensauffälligkeiten, psychische bzw. emotionale Symptome wie auch durch psychosomatische Beschwerden ausdrücken. Es ist oft schwierig, die eventuell dahinter liegende Gewalt zu diagnostizieren, da die Verhaltensauffälligkeiten keinen spezifischen Charakter besitzen, sondern als Folge jeder Art der genannten Gewalterfahrungen auftreten und auch andere Ursachen jenseits von Gewalterfahrungen haben können. Es ist jedoch möglich, zumindest einen Verdacht zu erhärten.

Symptome bei Misshandlung und/oder Missbrauch

In der Literatur wird eine Vielzahl von diagnostischen Hinweisen auf Gewalterfahrungen gegeben, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind (Eggers, 1994). Als typische Symptome für gewaltbetroffene Kinder werden emotionale Störungen (anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität und mangelndes Selbstvertrauen) und Schwierigkeiten im Sozialverhalten beschrieben. Die Kinder sind entweder auffallend ruhig und zurückgezogen oder aber besonders aktiv und unruhig gewalttätig (Aggressivität, Distanzlosigkeit). Bei der Entwicklungsbeurteilung findet man häufig Rückstände in der Motorik und Sprache, gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Alpträume, unklare Angstzustände, Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversions-syndrome.

4.5.1 Traumatisierungen

Wenn das erlebte Ereignis derart bedrohlich ist, dass sich das Kind existenziell ausgeliefert und ohnmächtig fühlt oder die primäre Bezugsperson als ernsthaft bedroht erlebt und die persönlichen Bewältigungsmechanismen des Kindes keine Lösung der Situation ermöglichen, muss man mit einer posttraumatischen Belastungsreaktion rechnen. Diese entwickelt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit dann zu einer posttraumatischen Belastungsstörung, wenn der Schutz der bedrohten Personen nicht wirksam gewährleistet wird, und die notwendige Hilfe zur Erholung und Heilung fehlt. Je nach Stärke der Schädigung bleiben auch trotz wirksamen Schutzes und angemessener Unterstützung Schädigungen bestehen (Krüger 2006).

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

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

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

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

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

Daneben lassen sich aber häufig kindliche Reaktionsweisen finden, die sich je nach Entwicklungsstand unterschiedlich darstellen.

4.5.2 Besonderheiten verschiedener Entwicklungsstufen

**Säuglinge,
Kleinkinder**

"Schon Säuglinge können traumatisiert werden. Sie reagieren äußerlich sichtbar z.B. mit Futterstörungen und Schreien. Bereits erlernte Selbstberuhigungsmechanismen (Autostimulationen wie Selbstberührungen, Daumenlutschen etc.) oder Trost von emotional relevanten Bezugspersonen reichen nicht mehr aus, um die psychobiologischen Spannungszustände in der traumatischen Situation zu kompensieren. Die primäre Bezugsperson ist insbesondere für den Säugling ein "emotionales Sprachrohr" für äußere Bedrohung. Die zunächst von der Elternperson erlebte Angst überträgt sich auf das Baby. Es erlebt die Welt noch wie im Spiegel des elterlichen Antlitzes, die primäre Bezugsperson baut sozusagen eine Affektbrücke zum Säugling, sie ist Teil seines Affektregulationssystems. Entsprechend traumatisch-überflutend können bedrohliche emotionale wie physische Einschläge auf dieses labile dyadische System einwirken.

**Kleinkind bis
Schulalter**

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

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

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

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

Eine detaillierte Auflistung der altersspezifischen Symptome findet sich in Tabelle 3.

Tab. 3: Entwicklung und kindliche Traumatisierung

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

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

Alle Altersstufen

Jugendliche

Eine solche krankmachende aber dennoch intensive Bindung verhindert die normale Autonomieentwicklung. Auf den ersten Blick ist sie nicht ohne Weiteres von "normaler" Bindung zu unterscheiden. Bei genauerem Hinschauen lassen sich aber meist extreme Formen der Anpassung (Klammern, Hörigsein) oder Überanpassung und Panikreaktionen bei normalen Auseinandersetzungen erkennen. Darüber hinaus verursacht eine solche Bindung bei den Kindern einen erhöhten Stresslevel, der sich zeitnah zu einem Kontakt anhand erhöhter Cortisolwerte im Speichel nachweisen lässt.

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

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

4.6 Beurteilung der familiären Situation

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

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

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

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

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

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

Vielfältige Zeichen können darauf hindeuten, dass möglicherweise in der Partnerschaft der Eltern Gewalt ausgeübt wird. Befindet sich neben dem Kind auch das möglicherweise gewalterleidende Elternteil in Ihrer Behandlung, können sich zunächst Hinweise in der Art der Verletzung zeigen, beispielsweise in deren sturzuntypischer Lokalisation oder Form (Ausführliche Erläuterungen hierzu finden Sie in "Häusliche Gewalt: Erkennen – behandeln – dokumentieren. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte" des Ministeriums für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales).

Ist das gewaltbetroffene Elternteil nicht auch selbst Patientin oder Patient, so können auf der Verhaltensebene Anzeichen für eine mögliche Gewaltbelastung ausgemacht werden. "Ein Hinweis kann beispielsweise sein, dass ein "überfürsorglicher" Partner darauf besteht, in der Nähe zu bleiben oder an Stelle der Patientin die Fragen beantwortet." (MiJAGS 2006)

Unter Umständen berichten die Mütter oder Väter auch über Beschwerden "wie Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, Depressionen, Verlust des Selbstwertgefühls, Essstörungen oder Reizdarmsyndrom. Auch sie können Anhaltspunkte für einen Gewalthintergrund bieten. Denn in einer von Gewalt geprägten häuslichen Atmosphäre dominieren anstelle von Sicherheit und Geborgenheit (Todes-) Angst, Unsicherheit und ein ständiges Taktieren, um - vermeintliche – Auslöser gewalttätigen Handelns zu vermeiden (auch wenn die Hoffnung, einen Gewaltausbruch verhindern zu können, in der Regel eine Illusion darstellt). Dies sorgt für körperlichen Stress mit all den bekannten Elementen: erhöhte Grundspannung, erhöhter Cortisolspiegel, erhöhter Blutdruck, Herabsetzung der körpereigenen Abwehr und damit einhergehend gesteigerte Erkrankungsneigung" (MiJAGS 2006).

Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt können zudem die folgenden Auffälligkeiten auf Partnerschaftsgewalt als deren Ursache deuten, etwa Versäumnis von Vorsorgeuntersuchungen oder Suchtmittelmissbrauch.

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

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

4.7 Bewertung der Befunde

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

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

Hinweise auf elterliche Partnerschaftsgewalt

Hausbesuch liefert Informationen

Verifizieren der Verdachtsdiagnose

Zweite Meinung einholen

**Psychologische
Sozialpädagogik**

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

**Gesundheit im
Vordergrund**

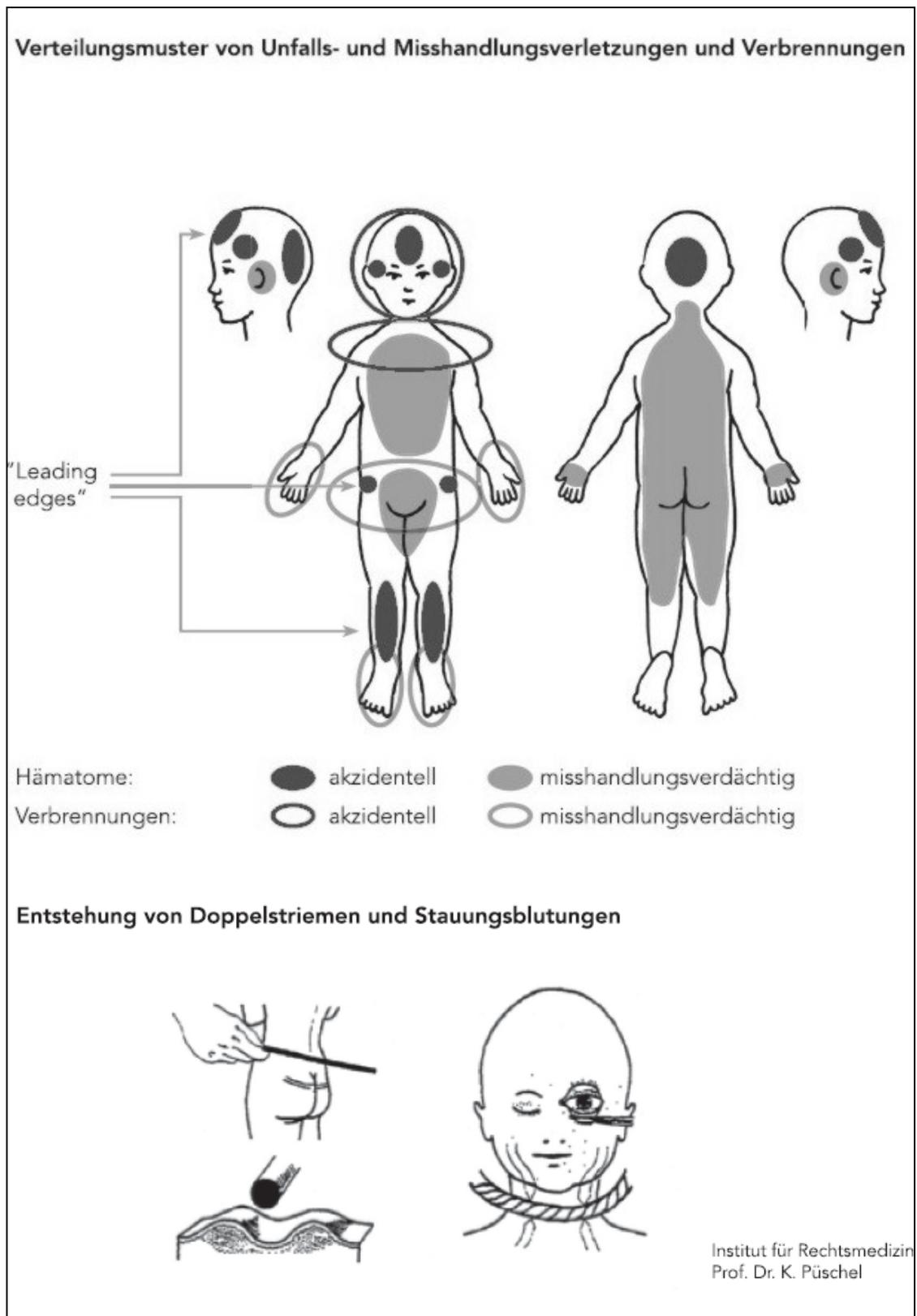
Auch wenn Sie die Bezugsperson des Kindes nicht direkt mit Ihrem Verdacht auf eine relevante körperliche oder sexuelle Misshandlung, seelische oder körperliche Vernachlässigung angesprochen haben, können Sie den Eltern Ihre Sorgen um den Gesundheitszustand des Kindes mitteilen und so die Notwendigkeit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

**Sorgfältige und
umfassende
Dokumentation**

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

5. Schaubilder und Dokumentationsbögen

Schaubild:



Skizze zur Dokumentation:

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

⇒ Größe - Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!

The form contains a medical sketch template. At the top, there are fields for patient information: Name, Vorname; geb. am (date of birth); Alter (age); m/w (male/female); and checkboxes for Station and Ambulant. Below this is a note: "⇒ Größe - Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!". The main part of the form is a large box containing several line drawings. On the left and right are profile views of a human head. In the center are two full-body outlines of a female figure, one from the front and one from the back. Both figures have dotted lines indicating key anatomical points: the neck, shoulders, elbows, wrists, hips, knees, and ankles. Below these are four detailed views of the female genital area. The first two are frontal views, and the last two are side views, with the right side labeled 'R' and the left side labeled 'L'.

Dokumentationsbögen:

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

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

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

Anwesend (außer dem Kind): Vater Mutter Andere: _____

Anlass (Stichworte; ausführlich .3): _____

Kinder-/Hausarzt: _____ Tel: _____

Wer ist bislang involviert/zuständig: Niemand

Jugendamt: _____ Tel: _____

Beratungsstelle: _____ Tel: _____

Kripo: _____ Tel: _____

Sonst. (Familienhilfe o.ä.): _____

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

Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt

Eltern sind geschieden (seit: _____) Neuer Lebenspartner

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

Beruf Mutter: _____ Aktuell berufstätig: Nein Ja: _____

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

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

1. m/w ____J. _____ 4. m/w ____J. _____

2. m/w ____J. _____ 5. m/w ____J. _____

3. m/w ____J. _____ 6. m/w ____J. _____

Bekannte familiäre Konflikte, Belastungssituationen: Nein Ja:

3. Familienanamnese

Bekannte Erkrankungen:

Mutter: _____ Vater: _____

Sonstige Familie: _____

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?

Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/ anderen weiblichen Verwandten?

Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten?

Bekannte Knochenerkrankungen oder -deformitäten?

Vermehrte Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit?

Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

Anamnese S. 2

geb. am _____

4. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen:

Schwangerschaft: unauffällig auffällig: _____
Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig: _____
Nahrungsunverträglichkeiten: Nein Ja: _____
Allergien: Nein Ja: _____

Chronische Erkrankungen

Entwicklungsstörungen/Behinderungen

Gedeihstörungen Erbrechen Harnwegsinfektionen
 Apnoen (ALTE) Krampfanfälle Verstopfung
 Verletzung der anogenitalen Region Vaginale Blutung
 Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen
 Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

Neigung, ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?
 Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?
 Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen? Vitamin-K-Gabe erfolgt?
 Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen?
 Phytodermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak?
 Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau)?
 Chemische Irritanzien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel?

Medikamenteneinnahme: Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulanzen?
 (Dauer-) **Medikamente/Dosis:** _____

Andere Therapien (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

Geht in **Kindergarten:** _____ **Schule** _____ Klasse: _____

Gelbes **Vorsorgeheft** liegt vor: Unauffällig Auffällig:

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: _____ Häufiger Arztwechsel _____-mal
Neugeborenen-**Stoffwechselscreening** erfolgt: Ja Nein Nicht ersichtlich – klären!

Gedeihen/Perzentilenverlauf Unauffällig Auffällig:

Impfweis liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese**Allgemeine Anamnese**

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

Bei Jugendlichen zusätzlich

- Menarche: _____
- Menstruation: _____
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gyn. Untersuchungen
- Antikonzeption? Methode? _____
- Sexuell übertragene Infektionen
- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

7. Verhaltensanamnese**Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:**

- Alpträume, Schlafstörungen häufig Kopfschmerzen häufig Bauchschmerzen
- Angst, alleingelassen zu werden
- Angst vor bestimmten Personen: _____ /Männern
- Phobien, Regression und Depressionen
- Rückzugsverhalten, Geringes Selbstwertgefühl
- Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten
- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichts-Zu-/abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten Einkoten
- Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten, ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener anderer Kinder von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder „spielt“ Geschlechtsverkehr
- Suizidversuche Delinquentes Verhalten Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause Prostitution

Sonstiges: _____

Extra-Verhaltensfragebogen bei V.a. sexuellen Missbrauch

Strukturierter Anamnesefragebogen*

Patient/in: _____ geb. am _____ Alter: _____ Jahre Station: _____

Untersucher/-in: _____ noch anwesend: _____

Gespräch mit: _____ am _____ Ort _____

Haben Sie jemals eine der folgenden Auffälligkeiten bei Ihrem Kind bemerkt?

- 1. Häufige Kopfschmerzen
- 2. Häufige Bauchschmerzen
- 3. Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen?
- 4. Weint leicht
- 5. Konzentrationsstörungen
- 6. Einschlafstörungen
- 7. Vermehrte (und ungewöhnliche) Müdigkeit
- 8. Alpträume
- 9. Angst, alleingelassen zu werden
- 10. Angst, mit einer bestimmten Person allein gelassen zu werden
- 11. Angst vor Männern
- 12. Plötzlicher Wandel zu „Super-/Modell-Kind“
- 13. Verhält sich ungewöhnlich reif oder erwachsen
- 14. Plötzlicher Rückzug
- 15. Ungewöhnlich besorgt/fixiert auf den eigenen Körper
- 16. Weigert sich, im Sportunterricht sich auszuziehen
- 17. Angst vorm Duschen oder Badezimmer
- 18. Rückzug von Sportunterricht oder anderen Schulaktivitäten
- 19. Plötzlicher Abfall der Schulleistung
- 20. Weiß mehr über Sexualität und sexuelle Verhaltensweisen als altersangemessen
- 21. Ungewöhnlich neugierig oder interessiert an sexuellen Dingen/Geschlechtsorganen
- 22. Ungewöhnlich aggressiv gegenüber Spielkameraden oder Geschlechtsbereich von Puppen
- 23. Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- 24. Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Klassenkameraden, Lehrer oder anderen Erwachsenen
- 25. Nächtliches Einnässen (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 26. Einnässen tagsüber (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 27. Häufige Verstopfung
- 28. Verletzung der anogenitalen Region in der Vorgeschichte
- 29. Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30. Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31. Hygiene? Wäsche? Seifen, Kosmetika?
- 32. (Häufige) Harnwegsinfektionen



*CAVE: Nichtevaluierter orientierender Fragebogen! Aus der Anzahl positiver Items kann nicht die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs gestellt werden! Bei Häufung ca. > 5 ist weitere kinderpsychologische Klärung erforderlich.

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Untersuchung

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

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

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

3. **Pflegezustand:** gepflegt ungepflegt: _____

4. Allgemein-internistische Untersuchung:

- a) **Kardiopulmonal** unauffällig auffällig: _____
- b) **Abdomen** weich Resistenz Darmgeräusche: regelrecht ↑ ↓
 keine Druckdolenz Druckdolenz im _____
- c) **HNO-Bereich** o.B. auffällig: _____
 - Gaumen / Mundhöhle reizlos
 - Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) _____
 - Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: _____
 - Zahnstatus: unauffällig Karies? Trauma? _____

5. **Hämatome/Narben:** Nein

(Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren / Hals / Oberschenkel / Arme / Gesäß; Formung, Ligaturen?)

Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe beschreiben!

⇒ Abdrücke (von Schuhen / Händen / Gegenständen, etc.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Skizze in Körperschema (immer!!) Fotodokumentation mit Messhilfe/Winkellineal erfolgt

6. **Verbrennungen/Verbrühungen:** Nein

Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke

⇒ Akute/frische Verbrennung Narben

⇒ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

7. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:

Nein Ja: _____

Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

Untersuchung S. 2

geb. am

8. Anogenitale Untersuchung:

Genitale weiblich unauffällig auffällig (s. unten)
 männlich Hoden deszendiert Hoden nicht deszendiert: _____

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

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise: Nein

Ja (dann weiter unten)

Weitere Untersuchung:

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

Mädchen

Ausfluss Nein Ja: _____
Farbe / Geruch/Konsistenz

Hämatom der großen Schamlippen Nein Ja: _____

Hämatom der kleinen Schamlippen Nein Ja: _____

Hymen anulär semilunär fimbrienförmig/wulstig kragenförmig nicht entfaltet

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

Ort / Art der Verletzung

Vestibulum vaginae reizlos gerötet

Fossa navicularis unauffällig Verletzung: _____

Perineum unauffällig Verletzung/Narbe: _____

Akute Blutung/Verletzung Nein Ja: _____

Ort / Stärke

Sonstiges / Besonderheiten _____

Jungen

Hämatom am Scrotum Nein Ja: _____

Hämatom am Penis Nein Ja: _____

Akute Verletzung/Ligatur/Narbe Nein Ja: _____

Sonstiges / Besonderheiten _____

Anus

Hämatom Nein Ja: _____

Narbe Nein Ja: _____

Fältelung: Unauffällig Vermindert: _____

Akute Blutung Nein Ja: _____

Akute Verletzung Nein Ja: _____

Sonstiges / Besonderheiten _____

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere

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

Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening*
- Skelettszinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- γ -GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100
- Urinstatus
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)

Augenhintergrund

- Obligat unter 2-3 Jahren!
- Möglichst durch Augenarzt!
- Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis, wenn Patient stabil

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Nur gezielt:

- Kupfer/Coeruloplasmin
- HSV Mykoplasmen TPHA
- organische Säuren i.Urin

* Skelettscreening

⇒ Alle Extremitäten, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule, Schädel 2 Ebenen; **KEIN (!) Babygramm**

Kindergynäkologischer Status

- ⇒ Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden
- ⇒ Später vorgesehen Erfolgt, Wertung: _____
- ⇒ Nicht indiziert

Weiteres Procedere

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

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
(immer auch in Druckschrift + Tel./Funk)

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

(bei Kindern immer bis 24 Stunden, bei Jugendlichen bis 48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen)

PERSONALIEN

Name: _____ geb: _____
Anforderung am: _____
durch: _____

UNTERSUCHUNG am: _____, _____ Uhr, Ort: _____
Assistenz: _____
Anwesend: _____
Bild-Dokumentation: _____

Anamnese gesondert aufführen!

Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation!

Befunde im Kinder-/Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren!

Extragenitaler Untersuchungsbefund:

Verletzungen Ja Nein

Verletzungen auf Dokubogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind:

Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form, ggf. Gruppierung beschreiben; Foto mit Zentimetermaß + Skizze

- Hämatome Bissmarken an »erogenen Zonen« (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß)
 Hämatome Ligaturen Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion
 Petechien: Skleren, weicher Gaumen Einrisse labiales Frenulum

Forensische Abstriche

Je nach Befund und Vorgeschichte, im Zweifel immer am und um den äußeren Anogenitalbereich, perioral, sowie im Woodlicht fluoreszierende Bereiche (nicht sehr zuverlässig zur Spermienidentifizierung). Sterile Wattetupfer mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten, danach aber vollständig trocknen! Erst verpacken, wenn vollständig trocken, immer in Papierumschläge, **niemals Plastik!** Jeden Abstrich mit Patientenaufkleber, Abstrichort eindeutig zuordenbar machen, Umschläge ebenso + Unterschrift des Entnehmenden. Auch Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich Objekträgerausstriche anfertigen: ausrollen, nicht abstreichen!

Abstriche

Vulva Oberschenkel Unterbauch perianal perioral Sonstige _____

intravaginal: Fossa navicularis retrohymenal Mundhöhle

Vaginalsekret mit NaCl auf Objekträger für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien

Positiv Negativ Mikroskopiert durch: _____

Fremde (Scham-)Haare gesichert Pubes ausgekämmt (Umschlag)

von: _____ (Körperstelle/n)

Fingernagelränder abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)

Bekleidung gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!)

Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik – Ausgangsstatus entnommen

Prophylaxen für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt Nicht indiziert

HIV PEP angesprochen (für beides siehe »Prophylaxen«)

Notfallkontrazeption angesprochen, indiziert/durchgeführt Nicht indiziert β -HCG im Urin

Datum

untersuchender Arzt/Ärztin

Zeuge/-in der Untersuchung

Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

6. Fallmanagement in der Arztpraxis

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

Regionale Kooperation "Netzwerke für Eltern"

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

Kenntnis der Beratungs- und Hilfsangebote

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

Persönliche Haltung prüfen

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

Beratungsangebot Rechtsmedizin

In vielen Fällen kann die Einschaltung eines rechtsmedizinischen Konsils im Sinne einer "niedrigschwelligen" Beratung sinnvoll sein, insbesondere bei der Verletzungsinterpretation. Das Beratungsangebot des Instituts für Rechtsmedizin ist unter 4.2 vorgestellt. Hier kann auch ohne Einschaltung der Polizei Kontakt aufgenommen werden, um eine Beratung oder Mithilfe zu einer professionellen Befunddokumentation zu erhalten.

6.1 Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

Befunderhebung, Befragung Begleitperson

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

Hausbesuche für mehr Information

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

Vertrauen schaffen, kurzfristige Wiedereinbestellung

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

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

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

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

Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen freier Träger ist zu empfehlen, wenn die persönliche Problembewältigung der Familie im Vordergrund steht und die Eltern Hilfe akzeptieren. Insbesondere bei jungen Kindern sollten auch auf die Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" mit ihren niedrigschwelligen Zugangswegen, Beratungs- und Unterstützungsangeboten hingewiesen werden. Die Jugendhilfe kann familienunterstützend in verschiedener Form tätig werden (s. Kapitel 3 und Anhang). Sie ist auch einzuschalten, wenn eine akute Gefährdung für das Wohl des Kindes besteht und Eltern Hilfen nicht annehmen wollen. In den Fällen sexuellen Missbrauchs sollte in jedem Fall Beratung durch Fachleute vermittelt werden.

6.2 Zwischen den Praxisbesuchen

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

In der Regel werden Sie jedoch eine Unterstützung und Begleitung durch andere professionelle Helferinnen/Helfer angeregt oder vorgeschlagen haben. Falls die Eltern in das Vorgehen einwilligen, können sie selbst oder über Ihre Praxis Kontakt aufnehmen. Durch Kontaktaufnahme mit den Jugendamt oder Beratungsstellen und den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die bezirklich organisierten Stellen besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis.

Bei Anzeichen für ein Gewaltdelikt müssen Sie sorgfältig abwägen, welche Maßnahmen erforderlich sind, die Sicherheit des Kindes zu garantieren. Die ärztliche Entscheidung sollte davon abhängig gemacht werden, wie die Gefahr weiterer Schädigungen dieses Kindes oder anderer Kinder einzuschätzen ist.

Notwendige Maßnahmen abwägen

Weitere Informationsquellen nutzen, Beratung zur Diagnosestellung einholen

Eltern in weitere Schritte einbeziehen

Möglichkeiten externer Unterstützung und Intervention

Hinweis und Vermittlung zu professioneller Beratung

Anzeige abwägen

**Jugendamt,
Familiengericht**

Bei Gefahr im Verzug ist das Jugendamt unverzüglich zu informieren, das gegebenenfalls nach Kontaktaufnahme mit der Familie und fehlender Kooperationsbereitschaft das Familiengericht einzuschalten. Insbesondere bei Ehen mit ausländischen Partnern kann eine Information zu Sorgerechtsfragen hilfreich sein. Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht ist ebenfalls angezeigt, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Urkunde nicht vorweisen kann.

Helferkonferenz

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

**Umfang und Art
der Informationsweitergabe
persönlich vereinbaren**

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

**Terminkontrolle,
Warnsystem über
Praxis-EDV**

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

Gefahr im Verzug

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

Behördliche Stellen können auch ohne dieses Einverständnis einbezogen werden, wenn das Wohl des Kindes aus Höchste gefährdet ist.

**Inobhutnahme,
Wohnungsverweisung
des Täters**

Als ultima ratio kann die sofortige Herausnahme des Kindes beim aktuellen Ausmaß der gesundheitlichen Schäden erforderlich sein und ein Verbleib in seiner häuslichen Umgebung eine akute Gefahr für die Gesundheit, das Leben (z. B. durch Suizid) und die geistige Entwicklung des Kindes droht. Weniger eingreifend für das Wohl des Kindes wirkt sich die Wohnungsverweisung des gewaltausübenden Elternteils aus.

6.3 Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen

Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder gegebenenfalls Begleitperson eröffnet werden (Hutz 1994/95; Kopecky-Wenzel & Frank, 1995).

**Vertrauenbasis,
Gesprächsangebot**

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

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

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

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

6.4 Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

Bei Kenntnis des kindlichen Miterlebens elterlicher Partnerschaftsgewalt ab einem Niveau von mittleren Schweregraden (also mehrmaliger Verletzungsträchtiger Gewalt) muss grundsätzlich von der Möglichkeit kindlicher Beeinträchtigungen von erheblichem Ausmaß ausgegangen werden. Die "Alarmglocke" möglicher akuter Kindeswohlgefährdung sollte aber ertönen, wenn das Kind schwere Gewalt über einen längeren Zeitraum miterlebt hat, insbesondere wenn es unmittelbar den Gewalthandlungen beiwohnen musste oder sogar eingebunden wurde.

Kam es im Vorfeld beispielsweise wiederholt zu schwereren Misshandlungen der Mutter, die teilweise in Anwesenheit des Kindes ausgeführt wurden, so kann es im Zuge typischer Gewaltsteigerungen ("Gewaltspirale") auch zu einer Vergewaltigung der Mutter vor den Augen des Kindes kommen – einer Beobachtung mit besonders großem Traumatisierungspotential (Strasser 2006). Als "Ende der Gewaltspirale" sollte hier auch das Miterleben der Tötung der Mutter, unter Umständen verbunden mit einer Selbsttötung des Vaters mitbedacht werden.

Hinsichtlich des Traumatisierungspotentials ist es für Kinder am schlimmsten, wenn sie in die Gewalthandlungen einbezogen und in die Täterrolle hineingedrängt werden. Dies kann beispielsweise sogar in der Weise geschehen, dass das Kind vom Vater gezwungen wird, sich aktiv an der Vergewaltigung zu beteiligen, beispielsweise indem es die Mutter fesselt.

Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die Gefahr schwerer und schwerster Gewaltanwendungen unmittelbar gegenüber dem Kind wie auch die Gefahr seiner Tötung besteht.

Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern ist zudem bei einer massiven Schwächung oder akuten Traumatisierung der Mutter an die Möglichkeit der Vernachlässigung mit gravierenden Auswirkungen zu denken.

In diesen Fällen sollte in jedem Fall das Jugendamt – möglichst mit Zustimmung eines oder beider Elternteile – informiert werden. Dieses wird die Prüfung auf eine Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII bzw. §§ 1666 und 1666a BGB) einleiten.

Gesundheit im Vordergrund

Befunde erläutern

Durchschnittlich erhebliche Beeinträchtigung, akute Kindeswohlgefährdung

Typische Gewaltsteigerungen, hohes Traumatisierungspotential, Tötung der Mutter

Kinder in der "Täterrolle"

Gefahr schwerer Gewaltanwendung gegenüber Kindern

Schwere Vernachlässigung

Gemeinsames Fallmanagement, Rückmeldung wichtig

Regelmäßige Kooperationsstreffen, hoher persönlicher Einsatz

6.5 Feedback

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

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

Literaturverzeichnis

AAP (America Academy of Paediatrics). Kellogg ND and the Child Abuse and Neglect (2007) Evaluation of Suspected Child Physical Abuse, Pediatrics 2007; 119: 1232-1241

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland. Ergebnisse der Pilotstudie, 2004
www.bmfsfj.de/Forschungsnetz/Forschungsberichte

Bergmann L., Bergmann K., Richter R., Hinkel J., Dudenhausen J. (2005) Über die Beeinflussbarkeit der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern: Ergebnisse einer Studie zur vorausschauenden Beratung junger Eltern mit ihrem ersten Kind. Kinderärztliche Praxis Sonderheft: 18–22

Bender: Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen, MedR 2002, 626, 629

Buskotte, A.: Gewalt in der Partnerschaft, Ursachen/Auswege/Hilfen, Düsseldorf 2007

Campbell, Jacquelyn C., Ph.D., R.N.: Danger Assessment Scale, Copyright 2003
www.dangerassessment.com

Cierpka, M., Gregur, A.: Frühe Hilfen für Eltern – Elternschule "das Baby verstehen"- Psychotherapeut 50, 144-147. 2005

Deegener, G., Körner, W.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung- ein Handbuch. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern Toronto 2005, S. 55 ff.

Deegener, G., Körner, W.: Risikoerkennung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Duster 2006

Deegener, G.: Erscheinungen und Ausmaß von Kindesmisshandlungen in Deutschland in: Heitmeyer, W., Schrötle, M. (Hrsg) Gewalt – Beschreibungen, Analysen, Prävention. Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2006, S. 26.44

Eggers, C.: Seelische Misshandlung von Kindern, Der Kinderarzt, 25, 748.755, 1994

Frommberger, U.: Posttraumatische Belastungsstörungen in Berger, Mathias, Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie, 2. Auflage 2004

Gloor, D., Meier H.: Gewaltbetroffene Männer – wissenschaftliche und gesellschaftlich-politische Einblicke in eine Debatte, in: Sonderdruck, Die Praxis des Familienrechts, Heft 3 in 2003, S. 526-5467, Stämpfli Verlag AG Bern

GiG-net (Hrsg.): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis, Opladen und Farmington Hills 2008

Heynen, S.: Zeugung durch Vergewaltigung – Folgen für Mütter und Kinder, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 67-71

Hellbernd, H., Brzank, P.: Wissenschaftliche Begleitung des S.I.G.N.A.L.-Projektes
www.signal-intervention.de

Herrmann, B.: ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen- das Shaken-Baby-Syndrom, Kinder- und Jugendarzt 36, 256-265, 2005

Herrmann, B., Navratil, F., Neisses, M.: Sexueller Missbrauch bei Kindern - Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik, Monatsschrift Kinderheilkunde 150: 1344 –1356, 2002

Herrmann, B.: Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. Kinder- und Jugendarzt 36: 96-107, 2005

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

Horacek, U., Böhm, R., Klein, R., Thyen, U., Wagner, F.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen)
www.dgspj.de/pdfs/Krippenpapier-Kurz.pdf

Hornberg, C., Schrötle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A.: Gesundheitliche Folgen von Gewalt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI (Hrsg.), Heft 42 S.11-12, 2008

Kavemann, B., Kreyssig, U.: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006

Kavemann, B.: Häusliche Gewalt gegen die Mutter und die Situation der Töchter und Söhne – Ergebnisse neuerer deutscher Untersuchungen, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 13-36

Kinderschutzgesetz -Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes vom 23.01.2009, BR-DRS 59/09

Kindler, H.: Die Beeinträchtigung des Kindeswohls durch miterlebte Partnerschaftsgewalt, unveröffentlichte Präsentation im Rahmen der Tagung "Die Beeinträchtigung des Kindeswohls durch elterliche Partnerschaftsgewalt – Neue Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die gerichtliche Praxis", Deutsche Richterakademie 2006

Kindler, H.: Partnergewalt und Beeinträchtigungen kindlicher Entwicklung: Ein Forschungsüberblick, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 36-53

Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A.: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Deutsches Jugendinstitut, München 2006

Kindler, H., Untersteller, A.: Primäre Prävention von Partnergewalt: Ein entwicklungsökologisches Modell, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 419-443

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

Krüger, A.: Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Überblick in: Leitfaden "Häusliche Gewalt". Hinweise zu Diagnostik, Dokumentation und Fallmanagement. Herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kasernenärztlichen Vereinigung Hamburg
www.kvhh.de

Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H.: (1998) Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung – Empirische Befunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26: 6–20

Landesprogramm "Frühe Hilfen"- "Keiner fällt durchs Netz"
www.saarland.de/47758.htm

Pfeiffer, Ch., Wetzels P., Enzmann D.: Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen, KFN Forschungsbereiche Nr.80, Hannover 1999

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes: Häusliche Gewalt erkennen – behandeln – dokumentieren – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte, 3. Auflage 2006
www.justiz-soziales.saarland.de

Ministerium für Justiz, Arbeit und Gesundheit (Hrsg.): Kinderschutz und Kindeswohl bei elterlicher Partnerschaftsgewalt. Eine Handlungsorientierung für Jugendämter, 2., überarbeitete Auflage, Saarbrücken Oktober 2008

Hornberg, C., Schröttle, M., Bohne, S., Khelaifat, N., Pauli, A.: Gesundheitliche folgen von Gewalt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42, 11.12, 2008

Remschmidt, H.: Elterliche Kindesmisshandlung. Münchner Medizinische Wochenschrift, 128, 1986

Schönke, Schröder, Lenckner: Strafgesetzbuch, 27. Auflage 2006, § 203 Rn. 24

Schöne u. a.: Kinder in Not. Münster 1997

Schröttle, M., Müller, U., Glammeier, S.: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, 2004, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Strasser, Ph.: "In meinem Bauch zitterte alles" – Traumatisierung von Kindern durch Gewalt gegen die Mutter, in: Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike, Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, Wiesbaden 2006, S. 53-67

Sullivan, P.M., Knutson, J. F.: Maltreatment and disabilities: A population based epidemical study. In Child Abuse and Neglect, Vol. 24, Nr.10, 2000

Thyen, U., Johns, I.: Recognition and prevention of child abuse in Germany
In May-Chahal C & Herczog M: Child sexual abuse in Europe, Council of Europe, Publishing Strassburg, France S. 70 –100 (2003)

Tröndle, Fischer: Strafgesetzbuch, 56. Auflage 2009, § 34 Rn. 4

Wetzels, P.: Gewalterfahrungen in der Kindheit, Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen, Baden-Baden 1997

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

Leitlinien

Deutsche Leitlinien www.uni-duesseldorf.de/AWMF

AWMF online = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie zu Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch (Stand 1999, überarbeitet 2003)

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zu Vernachlässigung und Kindesmisshandlung (Stand 2002, Revision 2008)

Leitlinien für Bildgebende Diagnostik der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie zu Kindesmisshandlung (Stand 2001, überarbeitet 2004, Überarbtg. geplant 12/2007)

Weitere Links unter

Kindesmisshandlung: www.kindesmisshandlung.de

Keiner fällt durchs Netz : www.saarland.de/47758.htm
www.keinerfaelltdurchsnetz.de/

Zentrum für Kindervorsorge: www.saarland.de/17125.htm

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: www.fruehehilfen.de

Adressen

Hilfeeinrichtungen und Behörden für direkte Interventionen

Jugendämter

Jugendamt des Regionalverbandes Saarbrücken, Heuduckstraße 1, 66117 Saarbrücken	Tel.: 0681/506-5100 Fax: 0681/506-5191
Jugendamt des Landkreises Saarlouis Kaiser-Wilhelm-Str. 4-6, 66470 Saarlouis	Tel.: 06831/444-0 Fax: 06831/444-427
Jugendamt des Landkreises Merzig Bahnhofstr. 44, 66663 Merzig	Tel.: 06861/703-0 Fax: 06861/703-314
Jugendamt des Landkreises St. Wendel Mommstr. 25, 66606 St. Wendel	Tel.: 06851/801-0 Fax: 06851/801-289
Jugendamt des Landkreises Neunkirchen Saarbrücker Str. 1, 66538 Ottweiler	Tel.: 06824/906-7300 Fax: 06824/906-7239
Jugendamt des Saar-Pfalz-Kreises Am Forum 1, 66424 Homburg	Tel.: 06841/104-103 Fax: 06841/104-288

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:

Über jede örtlich zuständige Polizeidienststelle im Saarland

Polizeibezirk Merzig Wadern:	Tel.: 06861/704-0
Polizeibezirk Neunkirchen:	Tel.: 06821/203-0
Polizeibezirk Saarbrücken-Stadt:	Tel.: 0681/962-0
Polizeibezirk Saarbrücken-Land:	Tel.: 0681/9872-0
Polizeibezirk Saarlouis:	Tel.: 06831/901-0
Polizeibezirk St. Wendel:	Tel.: 06851/898-0
Polizeibezirk Saarpfalz-Kreis:	Tel.: 06841/106-0

Notrufnummer der Polizei **Tel.:** 110

Polizei

Landespolizeidirektion Kriminalpolizeiinspektion - Kriminaldauerdienst Graf-Johann-Straße 25 – 29, 66121 Saarbrücken	Tel.: 0681/962-2933 Fax: 0681/962-2915
Landeskriminalamt Dezernat LKA14 Polizeiliche Kriminalprävention und Opferschutz, Graf-Johann-Straße 25 – 29, 66121 Saarbrücken	Tel.: 0681/962-3497 Fax: 0681/962-3490

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:

Jede örtlich zuständige Polizeidienststelle im Saarland

Notrufnummer der Polizei **Tel.:** 110

Rechtsmedizin

Institut für Rechtsmedizin
der Universität des Saarlandes
Gebäude 42 – Universitätskliniken, 66421 Homburg/Saar

Tel.: 06841/162-6300 oder
-6301
Fax: 06841/1626314

Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten:

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

Familien- und Vormundschaftsgerichte

Amtsgericht Homburg

Zweibrücker Straße 24, 66424 Homburg /Saar

Tel.: 06841/9228-0
Fax: 06841/9228-210

Amtsgericht Lebach

Saarbrücker Straße 10, 66822 Lebach

Tel.: 06881/927-0
Fax: 06881/927-140

Amtsgericht Merzig

Wilhelmstraße 2, 66663 Merzig

Tel.: 06861/703-200
Fax: 06861/703-229

Amtsgericht Merzig, Zweigstelle Wadern

Gerichtsstr. 15, 66687 Wadern

Tel.: 06871/920-0

Amtsgericht Neunkirchen

Knappschaftsstraße 16, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06821/106-01
Fax: 06821/106-100

Amtsgericht Ottweiler

Reiherswaldweg 2, 66564 Ottweiler

Tel.: 06824/309-0
Fax: 06824/309-49

Amtsgericht Saarbrücken

Franz-Josef-Röder-Straße 13, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-05
Fax: 0681/501-5600

Amtsgericht Saarlouis

Prälat-Subtil-Ring 10, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/445-0
Fax: 06831-445-211

Amtsgericht St. Ingbert

Ensheimer Straße 2 – 4, 66361 St. Ingbert

Tel.: 06894/984-03
Fax: 06894/984-202

Amtsgericht St. Wendel

Schorlemerstraße 33, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/908-0
Fax: 06851/70832

Amtsgericht Völklingen

Karl-Janssen-Straße 35, 66333 Völklingen

Tel.: 06898/203-02
Fax: 06898/203-319

Erreichbarkeit aller Gerichte außerhalb der Dienstzeiten:

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

Staatsanwaltschaft

Staatsanwaltschaft Saarbrücken
Zähringerstraße 12, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-05
Fax: 0681/501-5034

Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeit: Über Lagezentrum der Polizei 0681/962-1260

Sozialdienst der Justiz beim Landgericht

Regionalverband Saarbrücken und Saar-Pfalz-Kreis
Landkreise Neunkirchen und St. Wendel
Landkreise Merzig-Wadern und Saarlouis

Tel.: 0681/501-5007
Tel.: 06821/909726
Tel.: 06831/9498246

Jugendärztliche Dienste der Gesundheitsämter

Gesundheitsamt des Regionalverbandes Saarbrücken
Stengelstraße 10-12, 66117 Saarbrücken

Tel.: 0681/506-00
Fax: 0681/506-5390 od. 5391

Gesundheitsamt des Landkreises Saarlouis
Choisyring 5, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/444-0
Fax: 06831/444-427

Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern
Hochwaldstraße 44, 66663 Merzig

Tel.: 06861/703-320
Fax: 06861/703-314

Gesundheitsamt des Landkreises Neunkirchen
Bliespromenade 13, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06824/906-0
Fax: 06824/906-8824

Gesundheitsamt des Landkreises St. Wendel
Mommstraße 31, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/ 801-0
Fax: 06851/ 801-289

Gesundheitsamt des Saar-Pfalz-Kreises
Am Forum 1, 66424 Homburg

Tel.: 06841/ 104-0
Fax: 06841/ 104-7501

Erreichbarkeit in Notfällen außerhalb der Dienstzeit:

Über jede örtlich zuständige Polizeidienststelle im Saarland

Koordinierungsstellen "Frühe Hilfen" in den Landkreisen

Regionalverband Saarbrücken

Frau Katrin Braun-Bither
Herr Hans Marx

Tel.: 0681/506-5400
Tel.: 0681/506-5108

Saarpfalz-Kreis

Frau Dr. Woytunik
Frau Hildegard Johann-Wagner

Tel.: 06841/104-331
Tel.: 06841/77 78 318

Landkreis Neunkirchen

Frau Dr. Lotti Simon-Stolz
Herr Michael Becker

Tel.: 06824/906-8856
Tel.: 06824/906-7267

Landkreis Merzig-Wadern

Stefanie David

Tel.: 06861/8 01 73

Landkreis St. Wendel

Frau Nicole Quinten
Frau Martina Scheid

Tel.: 06851/801-488
Tel.: 06851/801-489

Landkreis Saarlouis

Frau Dr. Juliane Meng-Hentschel
Herr Bruno Zipp

Tel.: 06831/444-725 (Di + Do)
Tel.: 06831/444-204

Koordinierungsstelle "Häusliche Gewalt"

Frau Diplom-Soziologin Marion Ernst
Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt
Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Zähringer Straße 12, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-5425

Beratungs- und Interventionsstelle für Opfer
häuslicher Gewalt im Saarland
Johannisstraße 2, 66111 Saarbrücken
E-Mail: interventionsstelle@skf-saarbruecken.de

Tel.: 0681/379961-0
(9.00-12.00 Uhr tel. erreichbar,
ansonsten nach Vereinbarung)

Übersicht und Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte; Kinder- und Jugendpsychiater/-innen; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen

Internet: www.kvsaarland.de → <http://arztsuche.kvsaarland.de/arztsuche/>

Internet: www.aerztekammer-saarland.de → <http://www.aeksaar.de/suche/suche.php>

Internet: www.ptk-saar.de → <http://www.psych-info.de/>

Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser

s. "Kooperationspartner für weitergehende Hilfen"

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Zentrale

Notfallambulanz

Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/963-0

Tel.: 0681/963-2149

Fax: 0681/963-2122

Universitätsklinikum des Saarlandes
Gebäude 9, 66424 Homburg

Tel.: 06841/16-0

Tel.: 06841/16-28312

(Pforte Kinder- & Frauenklinik) 06841/16-28000

(allg. Pädiatrie) **Fax:** 06841/16-28429

Marienhausklinik Kohlhof
Klinikweg 1, 66539 Neunkirchen

Tel.: 06821/363-0

Tel.: 06821/363-212

Fax: 06821/363-365

St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
Kapuziner Str. 4, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/16-0

Tel.: 06831/16-2083

Fax: 06831/16-1097

SHG-Kliniken Merzig
Trierer Str. 148, 66663 Merzig

Tel.: 06861/705-0

Tel.: 06861/705-1131 (Station)

Fax: 06861/705-1463

Kinder- und Jugendpsychiatrien

Zentrale

Notfallambulanz

Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Universitätskliniken Homburg
Gebäude 90, 66421 Homburg

Tel.: 06841/16-0

Tel.: 06841/16-24232

Fax: 06841/16-24333

(beide Nrn. von Ambulanz,
besetzt bis 16 Uhr, ab 16 Uhr Pforte)

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychotherapie -
Waldstraße 40, 66271 Kleinblittersdorf

Tel.: 06805/928210

Tel.: 06805/928210

Fax: 06805/9282-40

(Nachts nicht besetzt)

Sozialpädiatrisches Zentrum	Zentrale	Notfallambulanz
-----------------------------	----------	-----------------

Marienhausklinik Kohlhof
Klinikweg 1, 66539 Neunkirchen

Tel.: 06821/363-0

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

Psychologische Beratungsstellen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Kinderschutzzentrum
SOS-Kinderschutz und Beratung Saar
Karcherstraße 13, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/91007-0
Fax: 0681/791007-11

Beratung gegen sexuelle Ausbeutung
von Mädchen "Nele" e.V.
Dudweilerstr. 80, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/32043 oder 32058
(Mo-Mi: 9.00-12.00 Uhr, Di-Do: 13.00-16.00 Uhr,
Fr: 9.00-12.00 Uhr)

AWO Beratungsstelle "Neue Wege"
Beratungsstelle für sexuell übergriffige minderjährige Jugendliche
Serriger Straße 20, 66115 Saarbrücken

Tel.: 0681/7559498

AWO Beratungsstelle "Phoenix"
Beratungsstelle gegen sexuelle Ausbeutung von Jungs
Dudweilerstraße 80, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/7619685

Kinder- und Jugendtelefon

Kinder- und Jugendtelefon
des Deutschen Kinderschutzbundes

Tel.: 0800/111 0333
- freecall -

Frauen-Notruf

Frauen-Notruf Saarland
Nauwieser Straße 19, 66111 Saarbrücken

Tel.: 0681/36767

Frauenhäuser im Saarland	(Tag und Nacht erreichbar)
--------------------------	----------------------------

Saarbrücken frauenhaussb@lvsaarland.awo.org

Tel.: 0681/991800

Neunkirchen frauenhausnk@lvsaarland.awo.org

Tel.: 06821/92250

Saarlouis frauenhaussls@lvsaarland.awo.org

Tel.: 06831/2200

Kooperationspartner für weitergehende Hilfen

Gynäkologische Abteilungen der Krankenhäuser

Zentrale

Universitätsfrauenklinik und
Poliklinik Homburg, 66424 Homburg

Tel.: 06841/16-0

Klinikum Saarbrücken
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/963-0

Caritasklinik St. Theresia
Rheinstr. 2, 66113 Saarbrücken

Tel.: 0681/406-0

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

Tel.: 06897/799-0

St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
Kapuzinerstraße 4, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/16-0

DRK-Krankenhaus
Vaubanstraße 25, 66740 Saarlouis

Tel.: 06831/171-0

Knappschaftskrankenhaus Püttlingen
In der Humes 35, 66346 Püttlingen

Tel.: 06898/55-0

Krankenhaus Neunkirchen gGmbH
Brunnenstraße 20, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06821/18-0

Marienkrankenhaus St. Wendel
Am Hirschberg, 66606 St. Wendel

Tel.: 06851/59-0

SHG-Kliniken Merzig
Trierer Str. 148, 66663 Merzig

Tel.: 06861/705-0

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

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

Tel.: 06841/5060

Frau Dr. Lieselotte Simon-Stolz
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Lindenallee 13, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06824/906-8856

Internet: www.kinderaerzte-im-netz.de

Fachgruppe Kinderärzte im saarländischen Ärztesyndikat

Frau Dr. Sigrid Bitsch
Vorsitzende der Fachgruppe der Kinder und Jugendärzte im saarl. Ärztesyndikat
Poststraße 21, 66663 Merzig

Tel.: 06861/77601

Internet: www.aerztesyndikat-saarland.de

Berufsverband der Frauenärztinnen/Frauenärzte

Herr Dr. Percy Brandner **Tel.:** 0681/71055
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Frauenärztinnen und Frauenärzte
Landesverband Saar e. V.
Lebacher Str. 78, 66113 Saarbrücken

Herr Dr. Manfred Bitsch **Tel.:** 06831/2982
Vorsitzender der Fachgruppe der
Frauenärztinnen und Frauenärzte im SÄS
Lisdorfer Str. 19, 66740 Saarlouis

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

Berufsverband der Hausärztinnen/Hausärzte

Herr Dr. Joachim Meiser **Tel.:** 06831/6321
Vorsitzender des BDA Saarland
Hauptstraße 39, 66789 Wallerfangen

Internet: www.hausarzt-bda.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiater/-innen

Herr Dr. Bernd Janthur **Tel.:** 06831/77049
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendpsychiater im Saarland
Kelkelstraße 1, 66763 Dillingen

Internet: www.aerztekammer-saarland.de

Ärzttekammer des Saarlandes

Ärzttekammer des Saarlandes **Tel.:** 0681/4003-0
Faktoreistraße 4, 66111 Saarbrücken **Fax:** 0681/4003-340 und -370
Internet: www.aerztekammer-saarland.de

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

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

Erziehungs-, Ehe-, Familien- **Tel.:** 0681/66704
und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Ursulinenstr. 67, 66111 Saarbrücken

Ev. Beratungsstelle für Erziehungs-, **Tel.:** 0681/65722
Ehe- und Lebensfragen des Diakonischen Werkes
Großherzog-Friedrich-Straße 37, 66111 Saarbrücken

Sozialberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt
Dragonerstraße 7, 66117 Saarbrücken **Tel.:** 0681/58605-154

Psychologische Beratungsstelle
für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen
des Caritasverbandes
Ensheimer Straße 70, 66386 St. Ingbert **Tel.:** 06894/387617-0

Erziehungs-, Ehe-, Familien-
und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Hüttenbergstr. 42, 66538 Neunkirchen **Tel.:** 06821/21919

Psychosomatische Beratungsstelle
für Erziehungs-, Familien-, Ehe- und
Lebensberatung der AWO
Schankstraße 22, 66663 Merzig **Tel.:** 06861/93480

Erziehungs-, Ehe-, Familien-
und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Fischerstraße 20, 66663 Merzig **Tel.:** 06861/3549

Erziehungs-, Ehe-, Familien-
und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Werschweilerstraße 23, 66606 St. Wendel **Tel.:** 06851/7116

Beratungsstelle für Erziehungs-,
Familien-, Ehe- und Lebensfragen
der Arbeiterwohlfahrt
Vaubanstraße 21, 66740 Saarlouis **Tel.:** 06831/9469-0

Erziehungs-, Ehe-, Familien-
und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier
Lothringer Straße 13, 66740 Saarlouis **Tel.:** 06831/2577 oder 48639

Beratungsstelle für Erziehungs-
und Eheberatung des Bistums Trier
Pfarrgasse 9, 66822 Lebach **Tel.:** 06881/4064 und 4065

Adresse des Deutschen Kinderschutzbundes Saarland

Prof. Günter Deegener **Tel.:** 06383/7641
Steinbacherstr. 8, 66904 Börsborn

Geschäftsstelle **Tel.:** 0681/872810
Elke Lossen **Fax:** 0681/872834
Am Wilhelmsbrunnen 10, 66130 Saarbrücken

Internet: www.kinderschutzbund-saarland.de

Schulpsychologische Dienste im Saarland

Stadtverwaltung Saarbrücken **Tel.:** 0681/905-0
-Stadtamt 40-, 66111 Saarbrücken

Regionalverband Saarbrücken **Tel.:** 0681/506-0
Stengelstraße 10-12, 66117 Saarbrücken

Landkreis Saarlouis **Tel.:** 06831/444-0
Prof.-Notton-Str. 5, 66740 Saarlouis

Landkreis Neunkirchen **Tel.:** 06824/906-0
Lindenallee 13, 66538 Neunkirchen

Landkreis St. Wendel **Tel.:** 06851/801-0
Mommstr. 21-31, 66606 St. Wendel

Landkreis Merzig-Wadern **Tel.:** 06861/77016-0
Friedrichstr. 7, 66663 Merzig

Saar-Pfalz-Kreis **Tel.:** 06841/104-0
Am Forum 1, 66424 Homburg

Frühförderstellen im Saarland

LAG der Frühförderstellen im Saarland **Tel.:** 06894/9217-0
Lebenshilfe Saarpfalz gGmbH
Gesundheitspark 2a, 66386 St. Ingbert

Regionalverband Saarbrücken **Tel.:** 06898/91473-0
Lebenshilfe e.V. Völklingen
Waldstraße 20, 66333 Völklingen

Paritätischer Wohlfahrtsverband **Tel.:** 0681/3885-0
Haus der Parität
Försterstraße 39, 66111 Saarbrücken

Lebenshilfe Saarbrücken **Tel.:** 0681/980550
Frühförderzentrum GmbH
Stettiner Straße 1, 66121 Saarbrücken

Frühförderstelle der Lebenshilfe **Tel.:** 06897/77894-0
für geistig Behinderte
Sulzbach-/Fischbachtal
Winterbachsroth 7, 66125 Saarbrücken-Dudweiler

Landkreis Saarlouis **Tel.:** 06831/767-174 oder 175
Frühförderstelle der
Arbeiterwohlfahrt Dillingen
Luisenstraße 4, 66763 Dillingen

Geschäftsstelle
Lebenshilfe Kreis Saarlouis gGmbH **Tel.:** 06838/9827-0
Werner-von-siemens-Str. 6, 66793 Saarwellingen

Nebenstelle
Frühförderstelle der **Tel.:** 06838/9827-0
Lebenshilfe für geistig Behinderte
Kreisvereinigung Saarlouis e.V.
Rodener Straße, 66793 Saarwellingen

Landkreis Neunkirchen
Hauptstelle
Lebenshilfewerk gGmbH **Tel.:** 06825/93140
- Kinderhilfe –
Goethestr. 1, 66557 Illingen

Nebenstelle
Frühförderstelle der **Tel.:** 06821/98290
Lebenshilfe Neunkirchen
Schloßstraße 35, 66538 Neunkirchen

Landkreis Merzig-Wadern

Lebenshilfe gGmbH
St. Wendel und Merzig
Trierer Str. 57, 66663 Merzig

Tel.: 06861/2907

Hilfezentrum Weiherweiler
Zum Spieskopf 1, 66709 Weiskirchen

Tel.: 06874/186830

Landkreis St. Wendel

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

Tel.: 06851/9301-135

Saar-Pfalz-Kreis

Lebenshilfe Saarpfalz
Gesundheitspark 2a, 66386 St. Ingbert

Tel.: 06894/9217-0

Caritas Heilpädagogische Dienste
Interdisziplinäre Frühförder-
und Beratungsstelle
Am Schindwasen 6, 66386 St. Ingbert

Tel.: 06894/387990

Behinderungsspezifische Frühförderstellen

Caritasklinik St. Theresia
- Haussprachfrühförderung für
hörgeschädigte Kinder –
Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken

Tel.: 0681/406-1804

Ruth-Schaumann-Schule
Staatl. Förderschule für Gehörlose
und Schwerhörige
Dillinger Straße 69, 66822 Lebach

Tel.: 06881/928-311

Louis-Braille-Schule
Staatl. Förderschule für
Blinde und Sehbehinderte
Dillinger Straße 69, 66822 Lebach

Tel.: 06881/928-321

Ministerien

Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Referat G 1 – Gesundheitswesen,
Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsfachberufe,
Pandemieplanung
Franz-Josef-Röder-Straße 23, 66119 Saarbrücken

Tel.: 0681/501-0
Fax: 0681/501-3239

Ministerium für Bildung, Familie, Frauen
und Kultur
Referat F 4 – Jugendhilfe/Landesjugendamt
Hohenzollernstraße 60, 66117 Saarbrücken

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

Anhang

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe hält eine ganze Reihe von Unterstützungsangeboten für Eltern, Mädchen und Jungen und junge Erwachsenen in Belastungs- und Krisensituationen bereit. Entscheidend für die richtige Hilfe ist der Einzelfall.

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

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

Soziale Gruppenarbeit:
(§ 29 SGB VIII)

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

Erziehungsbeistandschaft:
(§ 30 SGB VIII)

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

Sozialpädagogische Familienhilfe:
(§ 31 SGB VIII)

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

Tagesgruppe:
(§ 32 SGB VIII)

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

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

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

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

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

Die Kosten für eine Hilfe zur Erziehung trägt das Jugendamt. Bei einer Unterbringung außerhalb der eigenen Familie und bei der Erziehung in einer Tagesgruppe wird geprüft, ob und in welcher Höhe die Eltern, Minderjährigen oder junge Erwachsenen zu den Kosten herangezogen werden können. Die Höhe errechnet sich nach dem Einkommen und wird vom Jugendamt berechnet.

Gesetzliche Grundlagen

1. Verfassung des Saarlandes (SVerf)

Artikel 24

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

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

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

Artikel 24 a

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

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

2. Vorschriften des Strafgesetzbuches

§ 34 - Rechtfertigender Notstand

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

§ 138 - Nichtanzeige geplanter Straftaten

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

1. einer Vorbereitung eines Angriffskrieges (§ 80),
2. eines Hochverrats in den Fällen der §§ 81 bis 83 Abs. 1,
3. eines Landesverrats oder einer Gefährdung der äußeren Sicherheit in den Fällen der §§ 94 bis 96, 97a oder 100,
4. einer Geld- oder Wertpapierfälschung in den Fällen der §§ 146, 151, 152 oder einer Fälschung von Zahlungskarten mit Garantiefunktion und Vordrucken für Euroschecks in den Fällen des § 152b Abs. 1 bis 3,
5. eines Mordes (§ 211) oder Totschlags (§ 212) oder eines Völkermordes (§ 6 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Verbrechens gegen die Menschlichkeit (§ 7 des Völkerstrafgesetzbuches) oder eines Kriegsverbrechens (§§ 8, 9, 10, 11 oder 12 des Völkerstrafgesetzbuches),
6. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit in den Fällen des § 232 Abs. 3, 4 oder Abs. 5, des § 233 Abs. 3, jeweils soweit es sich um Verbrechen handelt, der §§ 234, 234a, 239a oder 239b,
7. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung (§§ 249 bis 251 oder 255) oder
8. einer gemeingefährlichen Straftat in den Fällen der §§ 306 bis 306c oder 307 Abs. 1 bis 3, des § 308 Abs. 1 bis 4, des § 309 Abs. 1 bis 5, der §§ 310, 313, 314 oder 315 Abs. 3, des § 315b Abs. 3 oder der §§ 316a oder 316c

zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer von dem Vorhaben oder der Ausführung einer Straftat nach § 129a, auch in Verbindung mit § 129b Abs. 1 Satz 1 und 2, zu einer Zeit, zu der die Ausführung noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt, der Behörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. § 129b Abs. 1 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

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

§ 171 - Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht

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

§ 174 - Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen

(1) Wer sexuelle Handlungen

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

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

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

(3) Der Versuch ist strafbar.

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

§ 176 - Sexueller Missbrauch von Kindern

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

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

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

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

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

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

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

§ 177 - Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung

(1) Wer eine andere Person

1. mit Gewalt,

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 182 - Sexueller Missbrauch von Jugendlichen

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

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

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

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

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, und dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) Der Versuch ist strafbar.

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

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

§ 184b - Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften

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

1. verbreitet,
2. öffentlich ausstellt, anschlägt, vorführt oder sonst zugänglich macht oder

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

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

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

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

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

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

§ 203 - Verletzung von Privatgeheimnissen

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

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

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfasst worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

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

§ 225 - Misshandlung von Schutzbefohlenen

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren oder eine wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit wehrlose Person, die

1. seiner Fürsorge oder Obhut untersteht,
 2. seinem Hausstand angehört,
 3. von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder
 4. ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist,
- quält oder roh misshandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr ist zu erkennen, wenn der Täter die schutzbefohlene Person durch die Tat in die Gefahr

1. des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung oder
2. einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 3 auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

3. Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches

§ 1666 - Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,

6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

4. Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen Gewaltschutzgesetz

§ 1 - Gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Nachstellungen

(1) Hat eine Person vorsätzlich den Körper, die Gesundheit oder die Freiheit einer anderen Person widerrechtlich verletzt, hat das Gericht auf Antrag der verletzten Person die zur Abwendung weiterer Verletzungen erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Die Anordnungen sollen befristet werden; die Frist kann verlängert werden. Das Gericht kann insbesondere anordnen, dass der Täter es unterlässt,

1. die Wohnung der verletzten Person zu betreten,
 2. sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung der verletzten Person aufzuhalten,
 3. zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich die verletzte Person regelmäßig aufhält,
 4. Verbindung zur verletzten Person, auch unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, aufzunehmen,
 5. Zusammentreffen mit der verletzten Person herbeizuführen,
- soweit dies nicht zur Wahrnehmung berechtigter Interessen erforderlich ist.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. eine Person einer anderen mit einer Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit widerrechtlich gedroht hat oder
2. eine Person widerrechtlich und vorsätzlich
 - a) in die Wohnung einer anderen Person oder deren befriedetes Besitztum eindringt oder
 - b) eine andere Person dadurch unzumutbar belästigt, dass sie ihr gegen den ausdrücklich erklärten Willen wiederholt nachstellt oder sie unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln verfolgt.

Im Falle des Satzes 1 Nr. 2 Buchstabe b liegt eine unzumutbare Belästigung nicht vor, wenn die Handlung der Wahrnehmung berechtigter Interessen dient.

(3) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 oder des Absatzes 2 kann das Gericht die Maßnahmen nach Absatz 1 auch dann anordnen, wenn eine Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat, in den sie sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel vorübergehend versetzt hat.

§ 2 - Überlassung einer gemeinsam genutzten Wohnung

(1) Hat die verletzte Person zum Zeitpunkt einer Tat nach § 1 Abs. 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Abs. 3, mit dem Täter einen auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt geführt, so kann sie von diesem verlangen, ihr die gemeinsam genutzte Wohnung zur alleinigen Benutzung zu überlassen.

(2) Die Dauer der Überlassung der Wohnung ist zu befristen, wenn der verletzten Person mit dem Täter das Eigentum, das Erbbaurecht oder der Nießbrauch an dem Grundstück, auf dem sich die Wohnung befindet, zusteht oder die verletzte Person mit dem Täter die Wohnung gemietet hat. Steht dem Täter allein oder gemeinsam mit einem Dritten das Eigentum, das Erbbaurecht oder der Nießbrauch an dem Grundstück zu, auf dem sich die Wohnung befindet, oder hat er die Wohnung allein oder gemeinsam mit einem Dritten gemietet, so hat das Gericht die Wohnungsüberlassung an die verletzte Person auf die Dauer von höchstens sechs Monaten zu befristen. Konnte die verletzte Person innerhalb der vom Gericht nach Satz 2 bestimmten Frist anderen angemessenen Wohnraum zu zumutbaren Bedingungen nicht beschaffen, so kann das Gericht die Frist um höchstens weitere sechs Monate verlängern, es sei denn, überwiegende Belange des Täters oder des Dritten stehen entgegen. Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für das Wohnungseigentum, das Dauerwohnrecht und das dingliche Wohnrecht.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 ist ausgeschlossen,

1. wenn weitere Verletzungen nicht zu besorgen sind, es sei denn, dass der verletzten Person das weitere Zusammenleben mit dem Täter wegen der Schwere der Tat nicht zuzumuten ist oder
2. wenn die verletzte Person nicht innerhalb von drei Monaten nach der Tat die Überlassung der Wohnung schriftlich vom Täter verlangt oder
3. soweit der Überlassung der Wohnung an die verletzte Person besonders schwerwiegende Belange des Täters entgegenstehen.

(4) Ist der verletzten Person die Wohnung zur Benutzung überlassen worden, so hat der Täter alles zu unterlassen, was geeignet ist, die Ausübung dieses Nutzungsrechts zu erschweren oder zu vereiteln.

(5) Der Täter kann von der verletzten Person eine Vergütung für die Nutzung verlangen, soweit dies der Billigkeit entspricht.

(6) Hat die bedrohte Person zum Zeitpunkt einer Drohung nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, auch in Verbindung mit Abs. 3, einen auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt mit dem Täter geführt, kann sie die Überlassung der gemeinsam genutzten Wohnung verlangen, wenn dies erforderlich ist, um eine unbillige Härte zu vermeiden. Eine unbillige Härte kann auch dann gegeben sein, wenn das Wohl von im Haushalt lebenden Kindern beeinträchtigt ist. Im Übrigen gelten die Absätze 2 bis 5 entsprechend.

5. Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe

§ 8a - Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

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

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

§ 42 - Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
3. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nr. 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

(2) Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme die Situation, die zur Inobhutnahme geführt hat, zusammen mit dem Kind oder dem Jugendlichen zu klären und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen. Dem Kind oder dem Jugendlichen ist unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Das Jugendamt hat während der Inobhutnahme für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen und dabei den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen.

len. Das Jugendamt ist während der Inobhutnahme berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen notwendig sind; der mutmaßliche Wille der Personensorge- oder der Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen.

(3) Das Jugendamt hat im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abzuschätzen. Widersprechen die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich

1. das Kind oder den Jugendlichen den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zu übergeben, sofern nach der Einschätzung des Jugendamts eine Gefährdung des Kindeswohls nicht besteht oder die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden oder
2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.

Sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht erreichbar, so gilt Satz 2 Nr. 2 entsprechend. Im Fall des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 ist unverzüglich die Bestellung eines Vormunds oder Pflegers zu veranlassen. Widersprechen die Personensorgeberechtigten der Inobhutnahme nicht, so ist unverzüglich ein Hilfeplanverfahren zur Gewährung einer Hilfe einzuleiten.

(4) Die Inobhutnahme endet mit

1. der Übergabe des Kindes oder Jugendlichen an die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten,
2. der Entscheidung über die Gewährung von Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch.

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

(6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung unmittelbaren Zwangs erforderlich, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

6. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG)

§ 8a - Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

(1) Eine Zentrale Stelle ermittelt die Kinder im Alter von bis zu fünfeneinhalb Jahren, die nicht an einer für ihr jeweiliges Alter gemäß §§ 26 Abs. 1 und 25 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Früherkennungsuntersuchung (einschließlich Neugeborenenenscreening) oder, soweit die Kinder nicht gesetzlich krankenversichert sind, an einer gleichwertigen Früherkennungsuntersuchung teilnehmen. Die Zentrale Stelle wird beim Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg eingerichtet. Sie trägt die Bezeichnung „Zentrum für Kindervorsorge“. Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales kann die Wahrnehmung der Aufgaben der Zentralen Stelle durch Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Vertrag auf Dritte übertragen, wenn der oder die Dritte die Gewähr für eine sachgerechte Wahrnehmung der Aufgaben bietet. In dem Verwaltungsakt oder öffentlich-rechtlichen Vertrag sind Regelungen zur Kostenerstattung und zur Aufsicht durch das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales zu treffen.

(2) Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger, die eine Früherkennungsuntersuchung nach Absatz 1 durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle unverzüglich folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Datum der Durchführung der Früherkennungsuntersuchung,
8. Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.

(3) Zur Durchführung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz übermitteln die Meldebehörden der Zentralen Stelle regelmäßig die erforderlichen Daten. Die Zentrale Stelle gleicht diese Daten und die Daten nach Absatz 2 miteinander ab. Die Daten sind zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die verantwortliche Stelle nicht mehr erforderlich ist, ansonsten spätestens nach fünfeneinhalb Jahren.

(4) Die Zentrale Stelle kann die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter des Kindes, dessen Früherkennungsuntersuchung bevorsteht, zur Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung einladen. Die Zentrale Stelle lädt die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter eines Kindes, das nicht an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Lebensjahres bis zur Vollendung von fünfeneinhalb Lebensjahren vorgesehen ist, ein, die Früherkennungsuntersuchung nachzuholen.

(5) Wird eine Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe vor Vollendung des ersten halben Lebensjahres vorgesehen ist, versäumt oder wird eine Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Lebensjahres bis zur Vollendung von fünfeneinhalb Lebensjahren vorgesehen sind, trotz zweimaliger Einladung nach Absatz 4 Satz 2 nicht nachgeholt, übermittelt die Zentrale Stelle dem zuständigen Gesundheitsamt folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Bezeichnung der unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung.

(6) Das zuständige Gesundheitsamt bietet der nach Absatz 5 gemeldeten gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter eine Beratung über den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung sowie eine subsidiäre Durchführung der ausstehenden Früherkennungsuntersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt an.

(7) Erfolgt trotz des Angebots nach Absatz 6 keine Früherkennungsuntersuchung des Kindes, übermittelt das Gesundheitsamt dem zuständigen Jugendamt folgende Daten:

1. Familiennamen des Kindes (jetziger Name mit Namensbestandteilen),
2. Vornamen des Kindes,
3. Tag und Ort der Geburt des Kindes,
4. Geschlecht des Kindes,
5. gesetzliche Vertreterin und/oder gesetzlicher Vertreter des Kindes,
6. gegenwärtige Anschrift der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters des Kindes,
7. Bezeichnung der unterbliebenen Früherkennungsuntersuchung,
8. Bezeichnung des von der gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter gegebenenfalls angegebenen Grundes für die Nichtdurchführung der Früherkennungsuntersuchung.

(8) Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zur Einrichtung der Zentralen Stelle, zum Verfahren der Datenmeldungen nach den Absätzen 2, 5 und 7, zur Durchführung des Datenabgleichs nach Absatz 3, zur Durchführung der Einladung nach Absatz 4 einschließlich der Festlegung von Höchstfristen, innerhalb derer die Zentrale Stelle die Nacheinladungen zu den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen versendet, sowie zur Andienung des Angebots nach Absatz 6 zu regeln.

7. Verordnung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Vom 12. April 2007

Aufgrund des § 8a Abs. 8 des Gesundheitsdienstgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 7. Februar 2007 (Amtsbl. S. 742) eingefügt worden ist, verordnet das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales:

§ 1 - Einrichtung des Zentrums für Kindervorsorge

(1) Das Zentrum für Kindervorsorge ist eine öffentlich-rechtliche Stelle. Die Fachaufsicht nimmt das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales wahr. Die Dienstaufsicht erfolgt durch die Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum des Saarlandes.

(2) Die Räumlichkeiten des Zentrums für Kindervorsorge sind gesondert vom Klinikbetrieb auszuweisen.

(3) Der Zutritt zu den Räumlichkeiten, sowie der Zugang zur Software und sonstigen Verwaltung der Personendaten ist nur von der Klinikleitung namentlich zu benennenden berechtigten Personen gestattet. Die technischen Zugangssicherungen sind durch entsprechende Maßnahmen zu gewährleisten und regelmäßig zu überprüfen.

§ 2 - Verfahren der Datenmeldungen

(1) Die in dieser Verordnung genannten Datenmeldungen erfolgen elektronisch über einen gesicherten Internetzugang. Alternativ kann die Datenübermittlung per Telefax erfolgen.

(2) Zur Übermittlung über einen gesicherten Internetzugang stellt das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales den Meldenden eine einheitliche Software mit Zugangssicherung zur Verfügung. Sie wird auf Kosten des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales vor Ort installiert und betreut.

§ 3 - Übermittlung der Meldedaten durch die Meldebehörden

Die Meldebehörden übermitteln nach § 8a Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes die in § 14 der Meldedatenübermittlungsverordnung festgelegten Daten wöchentlich vor Beginn des jeweiligen Untersuchungszeitraums einer Früherkennungsuntersuchung an das Zentrum für Kindervorsorge.

§ 4 - Einladung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen

(1) Die in § 8 a Abs. 4 des Gesundheitsdienstgesetzes vorgesehene Einladung der gesetzlichen Vertreterin und /oder des gesetzlichen Vertreters mit Wohnsitz im Saarland zur jeweils anstehenden Früherkennungsuntersuchung durch das Zentrum für Kindervorsorge erfolgt anhand der Daten der Meldebehörden nach § 3.

(2) Die Einladung erfolgt schriftlich in deutscher Sprache. Die Einladung wird im Einladungsschreiben in gekürzter Form gleichzeitig in den hauptsächlich vertretenen Fremdsprachen englisch, französisch, polnisch, russisch, serbo-kroatisch, türkisch und italienisch ausgesprochen.

§ 5 - Meldungen über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch Ärztinnen/Ärzte und Hebammen/Entbindungspfleger

Nach Durchführung der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung melden Ärztinnen und Ärzte, beim Neugeborenencreening auch Hebammen und Entbindungspfleger, die Teilnahme des Kindes zur Durchführung des Abgleichs an das Zentrum für Kindervorsorge. Die Meldung über die Durchführung der jeweiligen Früherkennungsuntersuchung muss innerhalb von 3 Arbeitstagen an das Zentrum für Kindervorsorge erfolgen. Die Meldung über die Durchführung des Neugeborenencreenings hat taggleich zu erfolgen.

(2) Sind behinderte oder chronisch kranke Kinder in ständiger ärztlicher Betreuung und ist innerhalb des Untersuchungszeitraums einer Früherkennungsuntersuchung deren Durchführung aus wichtigem Grund nicht möglich, hat der behandelnde Arzt diesen Umstand dem Zentrum für Kindervorsorge innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Ende des Untersuchungszeitraums mitzuteilen. Die Behinderung oder chronische Erkrankung ist dabei nicht mitzuteilen.

§ 6 - Datenabgleich und Einladungswesen

(1) Das Zentrum für Kindervorsorge führt den Abgleich der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch. Dazu gleicht es die Daten der Meldebehörden nach § 3 mit den Daten der Meldungen der Ärztinnen und Ärzte, Geburtshelfer und Entbindungspfleger nach § 5 ab.

(2) Der Datenabgleich erfolgt elektronisch mittels eines automatisierten Verfahrens.

(3) Bleibt eine Arztmeldung über die erfolgte Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung, die für die Altersstufe von der Vollendung des ersten halben Jahres bis zur Vollendung von fünfenehalb Jahren vorgesehen ist, nach dem dafür vorgesehenen Zeitraum aus, lädt das Zentrum für Kindervorsorge die gesetzliche Vertreterin und/oder den gesetzlichen Vertreter mit Wohnsitz im Saarland durch ein erstes Erinnerungsschreiben ein, die jeweilige Untersuchung nachzuholen.

Die Frist zum Versenden der ersten erinnernden Einladung nach Ablauf des Untersuchungszeitraumes beträgt 1 Woche.

(4) Erfolgt binnen zwei Wochen nach Absendung des ersten Erinnerungsschreibens keine Rückmeldung über die erfolgte Teilnahme, erinnert das Zentrum für Kindervorsorge die gesetzliche Vertreterin

und/oder den gesetzlichen Vertreter mit Wohnsitz im Saarland ein zweites Mal an die ausstehende Früherkennungsuntersuchung.

(5) Für die Form der Einladungen nach Abs. 3 und Abs. 4 gilt § 4 Abs. 2 entsprechend.

§ 7 - Meldung an das Gesundheitsamt

Erfolgt nach zweimaliger erinnernder Einladung binnen weiterer zwei Wochen keine Arztmeldung über die erfolgte Teilnahme, übermittelt das Zentrum für Kindervorsorge die in § 8a Absatz 5 des Gesundheitsdienstgesetzes genannten Daten an das für den Wohnsitz der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters zuständige Gesundheitsamt.

§ 8 - Andienung des Angebots durch das Gesundheitsamt

(1) Das Gesundheitsamt nimmt umgehend schriftlich in der in § 4 Abs. 2 beschriebenen Form und ggf. telefonisch Kontakt zur gesetzlichen Vertreterin und/oder zum gesetzlichen Vertreter des betroffenen Kindes mit Wohnsitz im Saarland auf. Es weist auf die ausstehende Teilnahme sowie den Inhalt und Zweck der Früherkennungsuntersuchung hin. Die gesetzlichen Vertreter werden um eine umgehende Vorstellung des Kindes bei einer niedergelassenen Ärztin oder bei einem niedergelassenen Arzt mit Vorlage des Schreibens und Rückmeldeformular an das Gesundheitsamt gebeten. Zugleich wird um umgehende telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt gebeten und ein Hausbesuch zu einem festgelegten Termin für den Fall angekündigt, dass eine Kontaktaufnahme innerhalb von 5 Arbeitstagen nicht erfolgt.

(2) Kommt eine Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes zur gesetzlichen Vertreterin und/oder zum gesetzlichen Vertreter innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge nicht zustande, erfolgt die aufsuchende Beratung durch das Gesundheitsamt zum angekündigten Termin. Ist die gesetzliche Vertreterin und/oder der gesetzliche Vertreter nicht anzutreffen, wird ein weiterer angekündigter Hausbesuch innerhalb von 5 Arbeitstagen durchgeführt.

(3) Kommt eine Kontaktaufnahme mit der gesetzlichen Vertreterin und/oder dem gesetzlichen Vertreter zu Stande, erfolgt aber dennoch innerhalb von 2 Wochen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge keine Rückmeldung über die durchgeführte Untersuchung, wird durch eine nochmalige aufsuchende Beratung innerhalb von 5 Arbeitstagen auf die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung hingewiesen.

(4) Die Versuche zur Kontaktaufnahme sind vom Gesundheitsamt in geeigneter Weise zu dokumentieren.

(5) Für den Fall, dass ein Besuch bei einer niedergelassenen Ärztin beziehungsweise einem niedergelassenen Arzt aus wichtigem Grund nicht möglich ist, bietet das Gesundheitsamt subsidiär die Durchführung der Untersuchung durch eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt des Gesundheitsamtes an.

§ 9 - Meldung an das Jugendamt

(1) Erfolgt trotz der Maßnahmen nach § 8 binnen 3 Wochen nach Eingang der Meldung durch das Zentrum für Kindervorsorge keine Kontaktaufnahme oder keine Rückmeldung über die durchgeführte Untersuchung, übermittelt das Gesundheitsamt die in § 8a Absatz 7 des Gesundheitsdienstgesetzes genannten Daten an das für den Wohnsitz der gesetzlichen Vertreterin und/oder des gesetzlichen Vertreters zuständige Jugendamt.

(2) Das Jugendamt trifft die weiteren erforderlichen Maßnahmen in eigener Zuständigkeit.

§ 10 - Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Sie tritt am 31. Dezember 2010 außer Kraft.

8. Saarländisches Polizeigesetz (SPoIG)

§ 12 SPoIG - Platzverweisung, Wohnungsverweisung, Aufenthaltsverbot

(1) Die Polizei kann zur Abwehr einer Gefahr eine Person vorübergehend von einem Ort verweisen oder ihr vorübergehend das Betreten eines Ortes verbieten. Die Platzverweisung kann insbesondere gegen Personen angeordnet werden, die den Einsatz der Feuerwehr oder der Hilfs- und Rettungsdienste behindern.

(2) Zur Abwehr einer Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit einer Mitbewohnerin oder eines Mitbewohners kann die Vollzugspolizei die Person, von der die Gefahr ausgeht, aus der Wohnung und dem unmittelbar angrenzenden Bereich verweisen (Wohnungsverweisung) und ihr die Rückkehr untersagen (Rückkehrverbot). In besonders begründeten Fällen können die Maßnahmen auf Wohn- und Nebenräume beschränkt werden. Die Person, gegen die sich die Maßnahme richtet, hat nach Aufforderung eine Zustelladresse anzugeben. Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot enden mit Ablauf des zehnten Tages nach ihrer Anordnung, wenn nicht im Einzelfall ein kürzerer Zeitraum festgesetzt wird. Wird ein Antrag auf zivilrechtlichen Schutz gestellt, kann die Maßnahme um zehn Tage verlängert werden. Wohnungsverweisung und Rückkehrverbot enden in jedem Fall mit dem Tag der gerichtlichen Entscheidung, die der Polizeivollzugsbehörde ebenso wie die Beantragung des zivilrechtlichen Schutzes unverzüglich durch das Gericht mitzuteilen sind.

(3) Die Polizei kann einer Person verbieten, einen bestimmten Ort, ein bestimmtes Gebiet innerhalb einer Gemeinde oder ein Gemeindegebiet zu betreten oder sich dort aufzuhalten, soweit Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass diese Person dort Straftaten begehen wird (Aufenthaltsverbot). Das Verbot ist zeitlich und örtlich auf den zur Verhütung der Straftat erforderlichen Umfang zu beschränken. Es darf räumlich nicht den Zugang zur Wohnung der betroffenen Person umfassen. In begründeten Fällen können Ausnahmen von dem Aufenthaltsverbot zugelassen werden

