

Impressum

Herausgeber:

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz
Nikolaus-Otto-Straße 5
Projektleitung: Jörn Simon, Dr. Thomas Zimmermann
55129 Mainz
Telefon: 061 31 - 917-400
Fax: 061 31 - 917-410
E-Mail: lv-rheinland-pfalz@tk-online.de
www.tk-online.de/lv-rheinlandpfalz

In Zusammenarbeit mit:

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen
Claudia Porr, Dr. Eike Schuhmann

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur
Sissi Westrich

Landesärztekammer
Ines Engelmohr

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Dr. Ingrid Mayer

Weitere Mitarbeit:

Jugendamt Stadt Kaiserslautern
Reinhold Mannweiler

DRK-Klinik Bad Neuenahr
Dr. Eva Bergheim-Geyer

Kinder- und Jugendarzt, Psychotherapie
Dr. med. Siegfried Altenmüller

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

Gestaltung Einband

Fortuna Life GmbH

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

Verfassung für Rheinland-Pfalz, Artikel 24

Grußwort der Ministerinnen

Die meisten Kinder wachsen geliebt, beschützt, umsorgt und gesund in ihren Familien auf. Studien zeigen jedoch, dass eine kleine, ernst zu nehmende Zahl von Eltern Probleme hat, mit ihrer Familiensituation klar zu kommen. In zugespitzten Konstellationen – zumeist eine Mischung ungünstiger Lebensumstände und persönlicher Überforderung – können sich Fehlverhalten mit zum Teil dramatischen Folgen entwickeln.

Kindern einen guten Start ins Leben zu ermöglichen und sie vor Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung zu schützen, ist zuvorderst eine Aufgabe der Eltern. Es ist aber auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, zu der wir alle einen Beitrag leisten können und müssen. Der Staat hat die Verpflichtung, den Erziehungsauftrag der Eltern zu unterstützen. Es ist unser Ziel, dass alle Kinder in unserem Land gesund und geschützt aufwachsen.

In Rheinland-Pfalz wird Anfang 2008 das neue Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindesgesundheit in Kraft treten. Es macht Kinderschutz und Kindergesundheit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und fördert den Aufbau lokaler Netzwerke unter breiter Beteiligung der Verantwortlichen aus der Gesundheitshilfe. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern.

Neben den Berufsgruppen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und den Schulen müssen sich auch die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereichs, vor allem Ärztinnen und Ärzte, der Verantwortung stellen. Manchmal sind sie die ersten, die die Möglichkeit haben, zu erkennen, dass ein Kind Vernachlässigung oder Gewalt ausgesetzt ist.

Der vorliegende Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ soll dazu beitragen, Vernachlässigung und psychische, physische und sexuelle Gewaltwirkung auf Mädchen und Jungen zu erkennen und zu diagnostizieren. Er soll gleichzeitig rechtliche Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten zur Kooperation mit anderen Hilfen für das Kind – ob zur eigenen Fallberatung oder zur Sicherung des Kinderschutzes – deutlich machen und somit praktisches Handeln unterstützen.

Wir danken der Techniker Krankenkasse dafür, dass sie mit der Herausgabe dieser zweiten aktualisierten Auflage einen wichtigen Beitrag zum Schutz von Kindern leistet. Besonderer Dank gebührt allen, die bei der Überarbeitung des Leitfadens ihren Sachverstand eingebracht haben.



Malu Dreyer

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen



Doris Ahnen

Doris Ahnen
Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend
und Kultur

Grußwort des Herausgebers und der Ärzteschaft

Kinder brauchen starke Helfer.

Kinder brauchen unseren Schutz. Ganz besonders dann, wenn sie mit stummen Hilfeschreien versuchen, auf ihr Leid aufmerksam zu machen. Und Kinder brauchen unsere bestmögliche Hilfe. Hierfür machen wir uns stark. Wenn wir als Helfer noch aufmerksamer werden, können wir auch noch früher Anzeichen möglicher Gewaltanwendungen und Vernachlässigungen erkennen.

Dieser Leitfaden ist hierfür eine wichtige Orientierungsmöglichkeit. Vor allem Ärztinnen und Ärzte können mit Hilfe dieses Nachschlagewerks erste Schritte zur Bewältigung des Problems durch kompetentes Fallmanagement einleiten.

Gewalt gegen Kinder ist vielfältig. Sie kann körperlicher, psychischer oder sexueller Art sein. Auch die immer häufiger zu bemerkende Vernachlässigung von Kindern ist eine Art von Gewalt. Deshalb haben wir ganz bewusst das Thema Vernachlässigung in diesem Leitfaden aufgegriffen.

Die Dunkelziffer all dieser Taten ist hoch, und die Folgen der Gewaltanwendungen im Kindesalter auf die Persönlichkeitsentwicklungen als Erwachsene sind unabsehbar.

Wir sind gefordert, sensibel für diese Problematiken zu sein. So können wir früh die Signale erkennen und adäquat und zielgerichtet handeln. Damit leisten wir gemeinsam einen wichtigen Beitrag zur Gewaltprävention. Und nur so haben wir eine Chance, den Teufelskreis von „Gewalt erleiden – Gewalt weitergeben“ zu durchbrechen.

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



Anneliese Bodemar
Leiterin der Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Rheinland-Pfalz



Professor Dr. Frieder Hessenauer
Präsident der Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?.....	8
1.1. Körperliche Gewalt.....	9
1.2. Seelische Gewalt.....	9
1.3. Vernachlässigung.....	9
1.4. Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch	10
1.5. Belastungsfaktoren.....	11
2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis.....	14
2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der Schweigepflicht	14
2.2. Grundsätze zum Umgang mit Kindesmisshandlung	16
2.3. Die ärztliche Schweigepflicht	19
3. Diagnostik und Befunderhebung	22
3.1. Diagnostik als Prozess	22
3.2. Körperlicher Befund.....	22
3.3. Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes	28
3.4. Vernachlässigung.....	30
3.5. Sexueller Missbrauch	33
3.6. Beurteilung der familiären Situation	34
3.7. Bewertung der Befunde.....	35
4. Fallmanagement in der Arztpraxis	37
4.1. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen.....	37
4.2. Verhalten während des Praxisbesuchs.....	38
4.3. Zwischen den Praxisbesuchen	38
4.4. Eröffnung der Diagnose gegenüber Eltern oder Begleitpersonen	39
4.5. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind.....	40
4.6. Feedback.....	41
5. Literaturverzeichnis.....	42
6. Verzeichnis von Hilfeeinrichtungen und Behörden.....	45
6.1. Jugendämter	46
6.2. Kinderschutzdienste	50
6.3. Kinderschutzbund Rheinland-Pfalz	52
6.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	55
6.5. Kinderkliniken	57
6.6. Ministerien, Institut für Rechtsmedizin, Landkreistag und Städtetag	59
7. Fallformular/Dokumentationsbogen	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Misshandlungsverletzungen.....	23
Abbildung 2: Sturzverletzungen	23
Abbildung 3: „Hutkrempen“-Regel.....	23
Abbildung 4: Gürtel- und Stockschläge	24
Abbildung 5: Stauungsblutungen	25
Abbildung 6: Verbrennungen.....	25

Abkürzungsverzeichnis

LKindSchuG	Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kinder- gesundheit
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGdG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
StGB	Strafgesetzbuch

1. Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche?

„Kindesmisshandlung ist eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht, und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt, und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“ (BAST, 1978)

Definition Kindesmisshandlung

Diese Definition stimmt nicht mit den entsprechenden strafrechtlichen Definitionen überein. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher) von Gewalt gegen Kinder gesprochen werden kann. Auch der Deutsche Bundestag verwendet diese Definition. In ihr wird deutlich, dass Gewalt gegen Kinder folgende Formen annehmen kann:

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

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

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

Gewalt wird meist in der Familie ausgeübt

Verlässliche Zahlen über Gewalt gegen Kinder liegen bundesweit nicht vor. Es gibt zwar Untersuchungen beispielsweise zu den körperlichen Gewalterfahrungen durch Eltern, jedoch liegen für Vernachlässigung und seelische Gewalt keine hinreichend empirisch gesicherten Daten zur Häufigkeit vor. Die derzeitige Befundlage legt allerdings die Vermutung nahe, dass Kindesvernachlässigung die mit Abstand häufigste Gefährdungsform ist, die im Rahmen der Kinderschutzarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe bekannt ist.

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

Vernetzte Hilfe verschiedener Institutionen und Kliniken ist erforderlich

1.1. Körperliche Gewalt

„Körperliche Misshandlung liegt vor, wenn durch körperliche Gewaltanwendung Kindern ernsthafte, vorübergehende und/oder bleibende Verletzungen oder der Tod zugefügt werden. Von Kindesmisshandlung spricht man, wenn gewalttätiges Verhalten der Eltern oder anderer erzieherischer Personen ein Grundelement der Kindererziehung ist“ (JUNGJOHANN, 1993). 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 Ersticken sowie thermische Schäden (Verbrennen, Verbrühen, Unterkühlen) beobachtet. Das Kind kann durch diese Verletzungen bleibende körperliche, geistige und seelische Schäden davontragen oder in Extremfällen daran sterben. Kinder sind dabei meist Opfer von mehrfachen Taten und nicht nur von einmaligen, im Affekt verübten Gewalthandlungen.

Formen der körperlichen Gewalt sind vielfältig

1.2. Seelische Gewalt

Seelische oder psychische Gewalt sind „Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu einer schweren Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern.“ (EGGERS, 1994). Kinder fühlen sich wertlos, ungewollt und ungeliebt. Sie spüren, dass sie nur zur Befriedigung der Bedürfnisse anderer Menschen da sind.

Eltern-Kind-Beziehung ist beeinträchtigt

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 Erwartungen an seine Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Leistungserwartungen überfordert oder durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird.

Das Kind erlebt Ablehnung

Schwerwiegend sind ebenfalls Akte, die dem Kind Angst machen: Einsperren in einen dunklen Raum, Alleinlassen, Isolation des Kindes, Drohungen, Anbinden. Vielfach beschimpfen Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß oder brechen in Wutanfälle aus, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind.

Überzogene Bestrafungen sind Gewaltakte

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

Kinder werden in partnerschaftlichen Konflikten missbraucht

1.3. Vernachlässigung

Vernachlässigung wird definiert als „*andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst)*

Mangel an Fürsorge und Förderung

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

Bei der Vernachlässigung wird unterschieden zwischen der emotionalen, kognitiven, körperlichen und medizinischen Vernachlässigung sowie der unzureichenden Beaufsichtigung (DEEGENER/KÖRNER, 2005).

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

Vernachlässigung ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Das Ausmaß der Folgeprobleme hängt von der Dauer und der Intensität des Vernachlässigungsgeschehens ab. Die Schädigungen des Kindes durch Vernachlässigung können sich durch eine Kumulation mit weiteren Misshandlungsformen erheblich verstärken.

1.4. Sexuelle Gewalt/sexueller Missbrauch

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

Definition von sexueller Gewalt

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

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

Eine Charakteristik sexuellen Missbrauchs ist es unter anderem, dass der Täter seine Macht- und Autoritätsposition bzw. das Alters- und Kräftegefälle ausnützt, um seine eigenen Bedürfnisse – ob im Bereich der

Sexualität oder der Machtausübung – auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

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

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

Sexuelle Gewalt ist nicht nur körperlicher Missbrauch

1.5. Belastungsfaktoren

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

Keine Vorurteile schüren

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

Gewalt ist zumeist ein Ausdruck von Benachteiligung, Hilflosigkeit und Unfähigkeit, mit den Bedürfnissen des Kindes angemessen umzugehen. Wenn der Druck und die Belastungen von außen zu stark werden, entlädt sich die familiäre Aggression am schwächsten Glied der Familie, dem Kind (REMSCHMIDT, 1986). Belastungsfaktoren können beim Kind, bei den Eltern und in der Familiensituation liegen. Insbesondere sind hier zu nennen:

Gewalt durch Kombination von Belastungsfaktoren

Belastungsfaktoren, die unter bestimmten Bedingungen zu Risikofaktoren werden können

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

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

Vernachlässigung bei sozialen und wirtschaftlichen Notlagen

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

Während bei der körperlichen Misshandlung und bei der Vernachlässigung persönlichkeitsbedingte und strukturbedingte Merkmale zusammenwirken, werden bei sexuellem Missbrauch in viel stärkerem Maße persönliche und familiäre Belastungsfaktoren angenommen (FINKELHOR, 1986).

Es wird vermutet, dass ein hoher Anteil von Tätern in der Kindheit selbst sexualisiertem Missbrauch ausgesetzt war. In einer Art Wiederholungszwang gibt der Täter seine eigene Demütigung weiter (FINKELHOR, 1986).

Eigene Missbrauchserlebnisse des Täters

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

Bei seelischer Gewalt keine spezifischen Belastungsfaktoren

2. Rahmenbedingungen für die ärztliche Praxis

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der Schweigepflicht

Als Ärztin oder Arzt, aber auch als psychologische Psychotherapeutin oder psychologischer Psychotherapeut, sind Sie an die Schweigepflicht und den Datenschutz gebunden. Die Rechte des Kindes und anderer Familienmitglieder werden damit geschützt. Bei einem Verdacht auf körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung können Sie jedoch von der Schweigepflicht entbunden werden. Dies kann entweder durch das Kind selbst geschehen – sofern von einer Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden kann –, oder durch einen Erziehungsberechtigten. Bei schwerwiegenden Schäden für das Kind können auch die Voraussetzungen für eine mutmaßliche Einwilligung gegeben sein.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Rechtfertigender Notstand bei begründetem Verdacht zur Abwendung einer Gefahr

In Rheinland-Pfalz ist zum 21. März 2008 das „Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit“ (LKindSchuG) oder kurz Kinderschutzgesetz in Kraft getreten. Dort wurde in § 12 eine eigene Regelung zu den Schweige- und Geheimhaltungspflichten sowie der Befugnis zur Unterrichtung des Jugendamtes aufgenommen. § 12 entspricht der bundesrechtlichen Regelung des rechtfertigenden Notstands in § 34 des Strafgesetzbuchs, formuliert aber die sprachlich nur schwer greifbare Schwelle für einen gerechtfertigten Bruch von Schweigepflichten im Spannungsverhältnis zwischen Datenschutz und Kinderschutz für die Praxisanwendung verständlicher, um Handlungssicherheit zu vermitteln.

§ 12 Schweige- und Geheimhaltungspflichten, Befugnis zur Unterrichtung des Jugendamts

„Werden Personen, die Schweige- oder Geheimhaltungspflichten im Sinne des § 203 des Strafgesetzbuchs unterliegen, gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder einer oder eines Jugendlichen bekannt und reichen die eigenen fachlichen Mittel nicht aus, die Gefährdung abzuwenden, sollen sie bei den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme der erforderlichen weitergehenden Hilfen hinwirken. Ist ein Tätigwerden dringend erforderlich, um die Gefährdung abzuwenden und sind die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage, hieran mitzuwirken, sind die in Satz 1 genannten Personen befugt, dem Jugendamt die vorliegenden Erkenntnisse mitzuteilen; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes oder der oder des Jugendlichen infrage gestellt.“

Haben Sie also anlässlich der Behandlung eines Kindes Kenntnis von Verletzungen, die auf Misshandlung, Missbrauch oder schwerwiegende Vernachlässigung hindeuten, können Sie im Interesse des Kindes und zum Schutz vor weiteren körperlichen und seelischen Schäden die Polizei oder das Jugendamt informieren. Dabei müssen Sie selber abwägen, ob ein begründeter Verdacht vorliegt. Im Zweifelsfall kann die Anonymisierung des Falles eine Möglichkeit darstellen, eine Verletzung der Schweigepflicht zu vermeiden und sich kompetenten Rat einzuholen. Es ist daher wichtig, sämtliche Schritte und deren Gründe umfangreich und genau zu dokumentieren, um die Entscheidung belegen zu können (siehe Dokumentationsbogen in Kapitel 7). Entscheidend ist, dass die Ärztin oder der Arzt – sofern dies den Schutz des Kindes nicht gefährdet – die Eltern vorab darüber informiert. Die im Kinderschutzgesetz des Landes Rheinland-Pfalz explizit formulierte Hinweispflicht trägt sowohl dem datenschutzrechtlichen Transparenzgebot als auch der Stärkung der Verlässlichkeit der Vertrauenspersonen Rechnung.

Grenzen der Schweigepflicht

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

Mit anderen Institutionen kooperieren

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

Vorübergehende Inobhutnahme als sofortige Hilfe

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

Einschalten des Familiengerichts

Im Unterschied zur Polizei ist das Jugendamt ebenso wie Beratungsstellen und Kinderschutzdienste nicht verpflichtet, Strafanzeige zu stellen.

Der Gesetzgeber stellt die Misshandlung von Kindern, und zwar die Vernachlässigung, den sexuellen Missbrauch und die körperliche Gewalt unter Strafe. Die Misshandlung von Schutzbefohlenen, Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung wird nach § 225 StGB mit Freiheitsstrafen von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Für den sexuellen

Misshandlung von Kindern und Schutzbefohlenen im StGB

Missbrauch bestehen mehrere Paragraphen, die meisten Anklagen aber kommen aufgrund von § 174 StGB (sexueller Missbrauch an Schutzbefohlenen) und § 176 StGB (sexueller Missbrauch an Kindern) zustande. Jugendliche unter 16 Jahren sind durch den § 182 StGB (sexueller Missbrauch Jugendlicher) geschützt. Wird eine Person (Kind, Mann oder Frau) durch Gewalt oder Drohung zu sexuellen Handlungen gezwungen, so kann diese Handlung unter dem § 177 StGB (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) zur Anzeige gebracht werden. § 182 des Strafgesetzbuches verbietet sexuelle Handlungen von Erwachsenen ab 21 Jahren mit Jugendlichen unter 16 Jahren, wenn der Erwachsene dabei eine „*fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt*“. Darüber hinaus sind Jugendliche unter 16 Jahre geschützt, da sexuelle Handlungen eines Erwachsenen (ab 18 Jahre) mit Jugendlichen unter 16 Jahren verboten sind, wenn der Jugendliche durch Ausnutzung einer Zwangslage oder gegen Geld dazu gebracht wird.

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

Keine Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung

2.2. Grundsätze zum Umgang mit Kindesmisshandlung

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

Wohl des Kindes im Vordergrund

Kinder, die in ihrer Familie Gewalt erleiden, sind darauf angewiesen, dass Erwachsene ihre Situation erkennen und bereit sind, Hilfe zu organisieren. Als Ärztin oder Arzt haben Sie deshalb die Interessen und das Wohlergehen des Kindes im Blick. Dieses Wohl ist nicht notwendigerweise durch die sofortige Herausnahme des Kindes aus seiner Familie herzustellen. Auch wenn Gewalt in der Familie oder in der näheren Umgebung ausgeübt wird, kann dennoch ein Verbleib des Kindes in seinem Umfeld sinnvoll und angemessen sein. Auch misshandelte Kinder hängen in der Regel an ihren Eltern. Angemessene Hilfe kann deshalb in vielen Fällen – wenn keine akute Gefährdung des Kindes vorliegt – darin bestehen, Mütter und Väter bei ihren Erziehungsaufgaben professionell zu unterstützen. Ärztinnen und Ärzte können Eltern – nach Abwägung des Gefährdungsrisikos für das Kind – auf geeignete Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen vor Ort aufmerksam machen und gegebenenfalls den Kontakt zu diesen Institutionen vermitteln (Erziehungsberatungsstellen, Sozialpädiatrische Stellen, Familienbildungsstätten). Beratungsstellen und Kinderschutzeinrichtungen werden in der Regel nur dann tätig, wenn sich betroffene Eltern oder Kinder und Jugendliche eigeninitiativ an sie wenden.

Bitte kein Aktionismus

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

§ 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.

Ärztinnen und Ärzte können sich deshalb in Zweifelsfällen jederzeit an das örtliche Jugendamt wenden und dort fachliche Unterstützung bei der Abklärung des Verdachts einholen und Möglichkeiten des Umgangs mit der betroffenen Familie besprechen. Sie können dabei das Jugendamt in Form einer offenen, aber auch einer anonymen Beratung um Unterstützung bitten. Die anonyme Beratung trägt dem besonderen Vertrauensschutz zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient Rechnung und bietet sich in den Fällen an, wo Sie selbst bei der Einschätzung der Beobachtungen und Befunde hinsichtlich der Gefährdung des Kindeswohls unsicher sind.

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

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

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

Es wird in der Regel nicht möglich sein, den Fall allein zu behandeln und das Problem des Kindes und der Familie zu lösen, insbesondere nicht bei Fällen innerfamiliären sexuellen Missbrauchs oder Vernachlässigung. Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeeinrichtungen ist unbedingt erforderlich. Ärztinnen und Ärzten kommt dabei die Rolle von Initiatoren zu, die den Kontakt zu anderen helfenden Institutionen herstellen. Auch wenn der Fall von anderen Professionen versorgt und gegebenenfalls

§ 8a SGB VIII

Anonyme Beratung möglich

Eigene Möglichkeiten und Grenzen abwägen

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen suchen

koordiniert wird, können Sie weiterhin Ihre Kompetenz und Ihr Verständnis für das Kind und die Familie einbringen.

Kooperationspartner für die ärztliche Praxis

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

In diesem Kontext sind folgende Institutionen wichtige Ansprechpartner:

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

Ärztinnen und Ärzte können sich in Zweifelsfällen auch direkt an das Familiengericht wenden. Dieses entscheidet über Veränderungen oder Einschränkungen (von Teilen) des Sorgerechts. Es kann zudem Umgangskontakte beschränken oder ganz ausschließen und Wegweisungen, auch gegenüber Dritten, erlassen. Das Familiengericht muss bei Kenntniserlangung eines entsprechenden Sachverhalts „von Amts wegen“ ermitteln und den Sachverhalt aufklären. Bitte beachten Sie hierbei die unter Punkt 2.1 genannten rechtlichen Voraussetzungen.

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

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

Die Angebote des Kinderschutzbundes sind von Ort zu Ort unterschiedlich gestaltet. Welche Ortsverbände eine Beratungsstelle vorhalten, kann beim Landesverband des Kinderschutzbundes erfragt werden (siehe Adressen in Kapitel 6.3). Grundsätzlich können z. B. die Einrichtungen des Kinderschutzbundes Auskunft über die vor Ort existierenden Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder geben.

Ärztliche Praxis als Teil des Hilfesystems

Jugendamt

Familiengericht

Kinder- und Jugendhilfe

Kinderschutzdienste

Kinderschutzbund

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

Soziale Beratungsstellen

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

Öffentlicher Gesundheitsdienst

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

Kommunikation und Kooperation mit anderen Einrichtungen

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

Lokale Netzwerkkonferenzen

2.3. Die ärztliche Schweigepflicht

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

Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist deshalb auch die Regel. Die Ausnahme hierfür beruht auf dem Recht zur Offenbarung. Verschwiegenheit von Ärzten ist sowohl im Strafrecht als auch im Berufs-

recht festgeschrieben. Nur die Patienten selber können ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht entbinden.

Im Strafgesetzbuch heißt es beim Punkt „Verletzung von Privatgeheimnissen“ (§ 203 StGB): Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft. Patienten können Verletzungen der Verschwiegenheit zivilrechtlich mit Schadensersatzansprüchen belangen. Auch arbeitsrechtlich kann der Bruch der Schweigepflicht Konsequenzen haben. Denn die Schweigepflicht gilt ebenfalls gegenüber Klinikverwaltungen.

Strafrecht

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

Berufsrecht

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

In der Berufsordnung für den Bereich der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz heißt es in § 9 (Schweigepflicht) (vgl. hierzu auch Kapitel 2.1):

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.*
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Insbesondere gilt die Erlaubnis zur Offenbarung auch bei dem begründeten Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder einer schwerwiegenden Vernachlässigung. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.*
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.*
- (4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit*

befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

3. Diagnostik und Befunderhebung

3.1. Diagnostik als Prozess

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

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

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

Eine Orientierung und Hilfestellung für den Ablauf der Untersuchung sowie die Dokumentation gibt Ihnen der Befundbogen in Kapitel 7.

3.2. Körperlicher Befund

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

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

Hämatome und Hautwunden sind die Befunde, die in der täglichen Praxis am häufigsten im Zusammenhang mit Misshandlung vorkommen. Auf folgende Kriterien sollten Sie achten: Lokalisation, Gruppierung, Formung und Mehrzeitigkeit. Bei 90 Prozent der Misshandlungsoffer werden Symptome der Haut (Hämatome, Striemen, Narben) an nicht exponierten Stellen (untypisch für Sturzverletzungen) und in verschiedenen Altersstadien (Verfärbungen und Verschorfungen) beobachtet.

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

Diagnostik

Auf ein patientengerechtes Untersuchungsverhalten achten

Bei Verdacht auf Misshandlung das unbekleidete Kind untersuchen

Stresssymptome

Kriterien für Hämatome und Wunden auf der Haut

Zwischen Verletzung und Misshandlung differenzieren

Abbildung 1: Misshandlungsverletzungen

Oberkopf, Auge
Wangen,
Mundschleimhaut

Streckseiten der
Unterarme und
Hände

Rücken, Gesäß

Abbildung 2: Sturzverletzungen

Stirn, Nase,
Kinn,
Hinterkopf

Ellenbogen

Handballen,
Knöchel

Knie,
Schienbein

Abbildung 3: „Hutkrempe“-Regel

■ Schlag- und
Hiebverletzungen

Sturzverletzungen

Grafiken: Institut für Rechtsmedizin, Hamburg, Prof. Dr. K. Püschel

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

**Hinweise auf
Schlaggegen-
stände**

Abbildung 4: Gürtel- und Stockschläge

Foto links: Gürtelschläge; Foto rechts: Stockschläge; Grafik: Entstehung von Doppelstriemen (Quelle: Institut für Rechtsmedizin, Hamburg, Prof. Dr. K. Püschel)

Besonders schwerwiegende Folgen hat das „Schütteltrauma“ der Säuglinge. Hierbei wird das Kind am Rumpf oder an den Armen festgehalten und geschüttelt. Dadurch schwingt der Kopf hin und her und es reißen feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut. Blutungen vor der Netzhaut oder Blutungen bei der Liquorpunktion (subarachnoidale Blutungen) müssen den Verdacht auf ein Schütteltrauma erwecken. In der Akutphase kommt es nicht selten zu einer dramatischen Steigerung des intrakraniellen Drucks, wobei das Kind bewusstlos wird und zu Krämpfen beginnt. Oftmals fehlen dabei äußerlich erkennbare Verletzungen. Die Symptome des subduralen Hämatoms sind vielfältig. Akut kommt es zu Benommenheit, Schläfrigkeit bis hin zu Bewusstlosigkeit sowie zu Erbrechen und zu Krampfanfällen. Zusätzlich können – müssen aber nicht zwingend – beim Schütteltrauma Griffmarken an Brustwand und Armen oder an den Knöcheln zu beobachten sein. Durch den Peitschenschlagmechanismus können sogar Wirbelkörperkompressionsfrakturen entstehen. Langfristig resultieren neurologische Abweichungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen oder Anfallsleiden.

Subdurales Hämatom durch Schütteltrauma

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

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

Epidurales Hämatom

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

Augenverlet- zungen

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

Abbildung 5: Stauungsblutungen

Grafik: Institut für Rechtsmedizin, Hamburg, Prof. Dr. K. Püschel

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

Verbrennungen und Verbrühungen

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

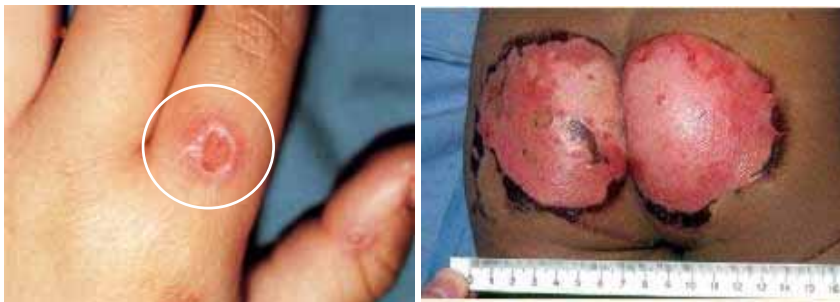
Abbildung 6: Verbrennungen

Foto links: Verbrennungen/Narben durch Zigaretten; Foto rechts: Verbrennungen durch Herdplatte

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

Verletzungen des Skeletts auch ohne Markersymptome

Polytope Brüche verschiedenen Alters sowie periostale Reaktionen in unterschiedlichen Heilungsstadien deuten fast immer auf Misshandlungen hin. Besonders betroffen sind meistens Rippen und lange Röhrenknochen. Sehr typisch sind Abspaltungen von Metaphysenkanten am Ende der langen Röhrenknochen und Epiphysenablösungen bei normaler Knochenstruktur, wenn ein adäquates Trauma in der Anamnese fehlt

Frakturen

(sogenanntes „*Battered-Child-Syndrom*“). Hier können die Sonographie und die Skelettszintigraphie unter Umständen wertvolle diagnostische Hilfe leisten.

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

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

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

Wiederholen Sie Röntgenaufnahmen!

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

Innere Verletzungen

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

Darmverletzungen

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

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

Vergiftungen

- Überdosierung eines verordneten Schlaf- oder Beruhigungsmittels (das Kind schläft nicht, das Kind ist unruhig). Eventuell wurden Beruhigungsmittel auch verabreicht, um das Kind ruhig zu stellen, damit die Betreuungsperson ungestört ist bzw. anderen Aktivitäten nachgehen kann.

- Einnahme eines ungesicherten Medikaments durch Kleinkinder (Aufbewahrung von Medikamenten und Sicherungsmaßnahmen diskutieren).
- Medikamentengabe als Tötungsversuch bei erweitertem Selbstmordversuch oder im Rahmen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms.
- Beim Verdacht auf Vergiftung sollte unbedingt Klinikeinweisung erfolgen (Drogenscreening und Blutalkoholuntersuchung).

Untersuchung bei Verdacht auf sexuelle Gewalt

Bei der Untersuchung sollten Sie beachten, dass das betroffene Kind eine körperliche Untersuchung als einen weiteren Übergriff erleben kann. Daher sollte die Untersuchung äußerst behutsam durchgeführt werden. Erklären Sie dem Kind die Untersuchungsschritte. Sie sollten offen über das Thema sprechen können und sich nicht überängstlich verhalten. Weigert sich ein Kind, so sollte es Zeit bekommen, mit der Situation vertrauter zu werden.

Erläuterung der Untersuchungsschritte

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

Somatische Untersuchung

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

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

Wenn Sie sich als Arzt durch eine exakte kindergynäkologische Untersuchung überfordert fühlen, sollten Sie eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung in einer spezialisierten Klinik (siehe Kapitel 6.5) oder durch einen Rechtsmediziner mit Erfahrung in Befunderhebung und forensischer Bewertung anstreben.

Kindergynäkologische Untersuchung

Liegt der vermutete sexuelle Übergriff mehr als 48 bis 72 Stunden zurück und ist bei der Genitalinspektion keine Verletzung nachweisbar, können forensische Überlegungen vorerst in den Hintergrund treten und eine kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung sorgfältig geplant werden. Hat ein Übergriff aber in den letzten 48 bis 72 Stunden stattge-

funden, so muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweiserhebliche Hinweise festhalten zu können (siehe Dokumentationsbogen in Kapitel 7).

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

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

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

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

3.3. Psychischer Befund und das Verhalten des Kindes

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

In der Misshandlungsliteratur wird ein Merkmal als typisch für misshandelte Kinder beschrieben: Das Kind zeigt eine „gefrorene Aufmerksamkeit“ („*frozen watch-fulness*“). Es sitzt still auf seinem Platz und beobachtet seine Umgebung quasi aus dem Augenwinkel heraus, ohne sich zu bewegen. Es bewegt sich erst dann, wenn es sich unbeobachtet fühlt. Als weitere typische Symptome für misshandelte Kinder werden emotionale Störungen (anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität und mangelndes Selbstvertrauen) und Schwierigkeiten im

Körperlicher Befund bei sexuellem Missbrauch

Sexuell übertragbare Krankheiten als Hinweis auf sexuellen Missbrauch

Merkmale von misshandelten und vernachlässigten Kindern

Sozialverhalten beschrieben. Die Kinder sind entweder auffallend ruhig und zurückgezogen oder aber besonders aktiv, unruhig und schwierig (Aggressivität, Distanzlosigkeit). Bei der Entwicklungsbeurteilung findet man häufig Rückstände in der Motorik und Sprache.

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

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

Auffälliges Verhalten des Kindes

Seelische Gewalt

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

Diagnose nur durch Verhaltensauffälligkeiten

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

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

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

Wenn Eltern instrumentalisieren

Symptome bei seelischer Gewalt

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

3.4. Vernachlässigung

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

Vernachlässigung nimmt zu

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

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

Vernachlässigung als schleichender Prozess

Nach Erfahrungen verschiedener Experten können folgende Erscheinungen Signale sein:

Signale wahrnehmen

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

Erste Eindrücke

Hat das Kind:

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

Motivieren Sie am besten auch Ihre Mitarbeiter, auf Vernachlässigungssignale zu achten. Oft sind es nämlich Ihre Mitarbeiter, die den ersten Kontakt haben, wenn beispielsweise Eltern mit ihren Kindern in die Sprechstunden kommen, und sie dabei schon im Empfangsbereich sehen, wie Eltern mit ihren Babys und Kleinkindern umgehen. Die interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft „Kindeswohlgefährdung“ hat erstmals die wichtigsten Auffälligkeiten in einem Leitfadenskatalog zusammengefasst. Diese Anhaltspunkte haben sich in der täglichen Arbeit als sehr hilfreich erwiesen, weil sie das gesamte Umfeld des Kindes betreffen:

**Gemeinsam
Auffälligkeiten
beobachten**

Körperpflege

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

**Fragen, um die
Wahrnehmung
zu schulen**

Schlafplatz

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

Kleidung

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

- Riecht die Kleidung immer muffig?

Ernährung

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

Krankheiten

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

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

Zuwendung der Eltern

Zärtlichkeit

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

Geborgenheit

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

Schutz vor Gefahren

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

Ansprache

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

Situation der Eltern

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

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

3.5. Sexueller Missbrauch

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

Gestörtes Essverhalten, Schlafstörungen, Rückfall in ein Kleinkindverhalten (Regression), Weglaufen von zu Hause, Distanzlosigkeit, sexualisiertes Verhalten, Ablehnung des eigenen Körpers, Sexualstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Affektlabilität, Depressivität, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis, Alpträume, unklare Angstzustände, Schmerzen (z. B. Bauchschmerzen), Sprachstörungen, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Konversionssyndrome.

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

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

Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten sind keineswegs Beweise für eine Misshandlungs- oder Vernachlässigungssituation. Sie dienen

Zusätzliche Symptome

Körperliche Symptome

allenfalls als Hinweise und können selbstverständlich auch andere Ursachen haben. Sie als Arzt sollten allerdings bei diesen Befunden „*körperliche, psychische oder sexuelle Gewalt gegen das Kind*“ bzw. „*belastende Lebensumstände*“ in Ihre differentialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen.

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

Vermeiden Sie Suggestivfragen

Bitte beachten Sie, dass das Ergebnis der Untersuchung – auch zur Sicherung von Beweisen für ein etwaiges Strafverfahren – sorgfältig dokumentiert wird. Zu diesem Zweck wird insbesondere auf den Dokumentationsbogen in Kapitel 7 hingewiesen.

Sorgfältige Dokumentation

3.6. Beurteilung der familiären Situation

Beobachtungen bei Eltern und Begleitpersonen

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

Unkooperatives Verhalten der Eltern

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

Unangemessene Reaktionen der Eltern

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

Umgang der Eltern mit dem Kind

Bei der Früherkennungsuntersuchung im Säuglingsalter können u. a. die folgenden Beobachtungen auf Ablehnung und Vernachlässigung durch die Mutter hinweisen:

Hinweise auf Ablehnung und Vernachlässigung

- Wenig freundlicher Umgang mit dem Kind, z. B. Mutter lächelt wenig.
- Geringe Zärtlichkeit, z. B. kaum zärtliche Berührungen; Mutter vermeidet Körperkontakt mit dem Kind.
- Häufig verbale Restriktionen, z. B. sehr negative Feststellungen über das Kind, Vorwürfe in sehr ärgerlichem Ton.

- Mutter übergeht deutlich die Signale des Kindes (lächeln, quengeln, schreien).
- Reaktives (soziales) Lächeln des Kindes fehlt (mangelnder Blickkontakt).
- Die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist von Unsicherheit, geringer Vorhersagbarkeit und mangelnder Verlässlichkeit gekennzeichnet.
- Die Mutter wirkt überfordert und nimmt das Kind nicht in seinen kindlichen Bedürfnissen, sondern als „ebenbürtig“ wahr.

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

Anamneseerhebung im sozialen Nahbereich

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

Leitfragen zur Familiensituation

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 differentialdiagnostischen Überlegungen mit einfließen zu lassen.

Hausbesuch

3.7. Bewertung der Befunde

Verifizieren der Verdachtsdiagnose

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

Wenn der Verdacht noch nicht ganz abgesichert ist, sollten Sie zunächst vermeiden, mit der Familie bzw. den Eltern darüber zu sprechen. Wichtiger ist zuerst, das Vertrauen der Familie zu gewinnen. Das Kind sollte häufiger wieder einbestellt werden, damit Sie sowohl zum Kind als auch zu den Eltern eine positive Beziehung aufbauen können. So stehen Sie

Bei einem Verdacht zuerst Vertrauen schaffen

weiterhin dem Kind und der Familie beratend zur Seite und können den Gesundheitszustand des Kindes beobachten. Unter Beachtung der Schweigepflicht können Sie sich Hilfe und Unterstützung beim örtlichen Jugendamt, der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch dem Institut für Rechtsmedizin an der Universität Mainz holen (Adressen siehe Kapitel 6) holen.

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

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

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

**Unterstützung
durch ein zweites
Urteil bei Verdacht
auf sexuellen
Missbrauch**

**Zusammenarbeit
mit anderen
Professionen**

4. Fallmanagement in der Arztpraxis

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

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

Grundlage für ein **gemeinsames Fallmanagement** 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.

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

Gewaltprävention als Ziel des gemeinsamen Fallmanagements

Kenntnisse über Angebote sind Voraussetzung für Fallmanagement

Bindung im Verdachtsfall an die Arztpraxis besonders wichtig

4.1. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen

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

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

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

Nach dem vorbehandelnden Arzt fragen

Möglichkeit eines Hausbesuchs einbeziehen

Kindergynäkologische Untersuchung

4.2. Verhalten während des Praxisbesuchs

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

**Grundsätzlich
Ganzkörperunter-
suchung**

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

**Dem Kind
Sicherheit geben**

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

**Vertrauen
aufbauen**

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

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

4.3. Zwischen den Praxisbesuchen

Durch Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt können weitere Einschätzungen zur Beurteilung einer Verdachtsdiagnose eingeholt werden. Die Mitarbeiter erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die Jugendämter besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise Fallkenntnis und dürfen eine fundierte fachliche Risikoeinschätzung abgeben. Wichtig ist, dass im Rahmen einer Kontaktaufnahme der Ärztin bzw. des Arztes mit dem Jugendamt zur Risikoeinschätzung eine fachliche Erörterung erfolgt, aber das Jugendamt darf seinerseits keine Erkenntnisse, die es über die Familie hat, der Ärztin bzw. dem Arzt offenbaren (§ 65 SGB VIII).

**Einholen zusätzli-
cher Informatio-
nen von den Ju-
gendämtern**

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

**Anzeige eines Falles bei Gericht
nicht sinnvoll**

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

Vormundschaft klären

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

Informationsweitergabe persönlich vereinbaren

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

Wohl des Kindes am wichtigsten

Neben einer ausführlichen Dokumentation der Anamnese wird eine Dokumentation der Aussagen von Eltern/Begleitpersonen einschließlich ergänzender Eindrücke empfohlen. Die Dokumentation kann durch Polaroidaufnahmen der äußeren Verletzungen des Kindes ergänzt werden. Entsprechende Dokumente sind möglicherweise Grundlage für eine gerichtliche Beweissicherung. Eine ausführliche Dokumentation ist der Nachweis, dass eine mögliche Veranlassung behördlicher Maßnahmen durch den Arzt auf sorgfältiger Abwägung der Situation des Kindes beruht. In Kapitel 7 dieses Leitfadens finden Sie eine Vorlage, mit der Sie die Dokumentation strukturieren können.

Falldokumentation als Beweissicherung

4.4. 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 Begleitpersonen eröffnet werden (HUTZ, 1994/95; KOPECKY-WENZEL/FRANK, 1995). In Fällen sexueller Misshandlung, akuter Gefährdung des Kindes bei körperlicher Gewalt oder extremer, lebensbedrohender Vernachlässigung muss vor einem solchen Gespräch der Schutz des Kindes vor weiteren Übergriffen oder einer Eskalation unbedingt sichergestellt sein. Die vernetzte Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe oder spezialisierten Beratungsstellen, wie dies die lokalen Netzwerke

Eröffnungsgespräch vorbereiten

nach dem Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit erreichen wollen, ist hierbei eine wichtige Hilfe.

Beginnen Sie das Gespräch mit den Befunden, die Sie bei dem Kind beobachtet haben. Die Symptomatik des Kindes bietet Ihnen eine Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen („*Ihr Sohn macht schon seit längerer Zeit einen sehr ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran es liegen kann?*“). Manchmal stellen Sie in der Sprechstunde z.B. 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.

Gesprächsführung

4.5. Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr für das Kind

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

Beim Praxisbesuch meist keine unmittelbare Gefahr für das Kind

- Bei den meisten in der Arztpraxis vorgestellten Fällen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung ist ein *sofortiges Handeln nicht erforderlich*.
- *Im Notfall* - Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden - *besteht immer die Möglichkeit des Einschaltens der Polizei*.
- Selbst in den Fällen, die ein sofortiges Eingreifen erfordern, ist entsprechend der Gefahrenbewertung eine **abgestufte Reaktion** möglich. Dazu gehören:
 - Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt,
 - Kontaktaufnahme mit einem Kinderschutzdienst oder einer Beratungsstelle,
 - Krankenhauseinweisung,
 - Einschaltung der Polizei.
- Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern bzw. den Begleitpersonen des Kindes **eindeutig** zu begründen („*Ich muss jetzt das Jugendamt anrufen, weil ...*“)
- In der Praxis auftretende Krisenfälle können Sie durch einfache Maßnahmen entschärfen, wie ein kurzes Erstgespräch, die Bitte um Aufenthalt im Wartezimmer, die Ablenkung durch Zeitschriften oder andere Medien, eine zwischenzeitliche Informationseinholung bei einer Kollegin oder einem Kollegen oder Kooperationspartner, ein ausführliches Wiederholungsgespräch.

Abgestufte Reaktion auch im Gefahrenfall möglich

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

Die Anonymisierung des Falls stellt eine Möglichkeit dar, sich ohne Verletzung der Schweigepflicht kompetenten Rat einzuholen. Zu beachten ist hierbei, dass eine Anonymisierung nicht immer dadurch erreicht wird, dass man den Namen der Betroffenen nicht nennt, da in manchen Fällen für die Identifizierung bereits die Schilderung der Umstände ausreichend sein kann.

4.6. Feedback

Gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis, Kolleginnen und Kollegen anderer Praxen, den Jugendämtern, Gesundheitsämtern, Kinderschutzdiensten, Beratungsstellen etc. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind umso belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen.

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

**Rückmeldungen
sind wichtig für
gemeinsames
Fallmanagement**

5. Literaturverzeichnis

ARBEITSGRUPPE KINDERSCHUTZ: Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. Reinbek, 1985

BACKE, L./LEICK, N./MERRICK, J./MICHELSEN, N.: Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1986

BANGE, D./KÖRNER W. (Hrsg.): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen, 2002

BAST, U.: Gewalt gegen Kinder, Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. Reinbek, 1978

BAURMANN, M.: Sexualität, Gewalt und die Folgen für das Opfer. Wiesbaden, 1985

BEHÖRDE FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES: Beobachtungen in Hamburgs Kinderarztpraxen. Hamburg, 1995

BEHÖRDE FÜR INNERES, LANDESKRIMINALAMT LKA 130, 1996, nicht veröffentlicht

BROCKHAUS, U./KOLSHORN, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Frankfurt/Main, 1993

BÜRGERSCHAFT DER FREIEN UND HANSESTADT HAMBURG, Drucksache 15/1861, Hamburg, 1994

DALTON, H.J./SLOVIS, T./HELPER, R.E./COMSTOK, J./SCHEURER, S./RIOLO, S.: Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. Am J Dis Child 144, S. 875-878, 1990

DEEGENER, G./KÖRNER, W. (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, 2005

DEUTSCHER BUNDESTAG, Drucksache 10/4560, o. O. 1986

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE U. A. (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln, 2007

DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND (Hrsg.): Kinder sind gewaltlos zu erziehen. Materialien zum Kinderschutz, Band 4. Hannover, 1992

EGGERS, C: Seelische Misshandlung von Kindern. Der Kinderarzt, 25, 748 - 755, 1994

EGLÉ, U. T./HOFFMANN, S. O./JORASCHKY, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3. Auflage, Stuttgart 2004

ENDERS, U. (Hrsg.): Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Jungen und Mädchen. Köln, 1990

ENGFER, A: Entwicklung von Gewalt in den sogenannten Normalfamilien, In: MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusst machen, Helfen. Bern, 1990

ESSER, G./WEINEL, W.: Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In: MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Ver-

nachlässigkeit, Misshandlung und Missbrauch von Kindern. Erkennen, Bewusst machen, Helfen. Bern, 1990

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

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

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

FINKELHOR, D.: A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, CA, 1986

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

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

FRANK, R./FRICK, U./KOPECKY-WENZEL, M.: Spielen Väter anders mit Kindern als Mütter? Einsichten 1997/I, Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität. München, 1997

GUTJAHR, K./SCHRADER, A.: Sexueller Mädchenmissbrauch. Köln, 1990

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

HERRMANN, B./DETTMEYER, R./BANASCHAK, S./THYEN, U.: Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, Springer, Berlin, 2008 (erscheint in Kürze)

HÖYNCK, T / GÖRGEN, T.: Tötungsdelikte an Kindern. In: INFORMATIONSZENTRUM SOZIALWISSENSCHAFTEN (Ed.): Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie, Band 2006/2, S. 9-42, Bonn, 2006

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

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

KINDER, H.: Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In: KINDLER, H./LILLIG, S./BLÜML, H./MEYSEN, T./WERNER, A. (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. Deutsches Jugendinstitut. München, 2006

KLOTZBACH, H./PÜSCHEL, K./LENTZ, E: Forensische Pädopathologie - Tötung von Kindern und Jugendlichen – kriminologische Aspekte. päd 9(3), 2003, S. 201-204

KOPECKY-WENZEL, M./FRANK, R.: Gewalt an Kindern. Teil 1: Prävention von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, In: ALLHOFF, P. G.

(Hrsg.): Präventivmedizin. Praxis-Methoden-Arbeitshilfen. Springer Verlag 1995

LOCKEMANN, U./ PÜSCHEL, K.: Forensische Gynäkopathologie - Fehlen von Hymenverletzungen nach sexuellem Kindesmissbrauch, in: Gyn (4), Heft 2, Seite 129/130, 1999

OLBING, H./BACHMANN, K.D. / GROSS, R.: Kindesmisshandlung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln, 1989

PARZELLER, M./WENK, M./ROTHSCHILD, M. A.: Die ärztliche Schweigepflicht, in: Deutsches Ärzteblatt, 2005, Heft 5 (102), A 289–296

PÜSCHEL, K.: Das Problem der Kindesmisshandlung aus ärztlicher Sicht - Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten (Diskussion). In: BUNDES-ÄRZTEKAMMER (Hrsg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 18. Deutscher Ärzte-Verlag, 1994

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

RUTSCHKY, K./WOLFF, R.: Handbuch sexueller Missbrauch. Reinbek bei Hamburg, 1999

SCHONE, R./GINTZEL, U./JORDAN, E.: Kinder in Not. Juventa, Weinheim, 2003

SCHRÖER, J./SPERHAKE, J./PÜSCHEL, K.: Forensische Pädopathologie - Tötungsdelikte an Kindern mit sexuellem Hintergrund. päd 10 (1), 2004, S. 38-42

SUER, P.: Sexuelle Gewalt gegen Kinder. Rasch und Röhring Verlag, Hamburg, 1998

TRUBE-BECKER, E.: Gewalt gegen das Kind. Heidelberg, 1982

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

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

ZIEGENHAIN, U./FEGERT, J.: Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, 2007

ZENZ, W. M. / BÄCHER, K. / BLUM-MAURICE, R. (Hrsg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland, Papyrossa, 2. Auflage, Köln, 2006

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

6. Verzeichnis von Hilfeeinrichtungen und Behörden

6.1	Jugendämter.....	46
6.2	Kinderschutzdienste	50
6.3	Kinderschutzbund Rheinland-Pfalz.....	52
6.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie	55
	Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Rheinland-Pfalz.....	55
	Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in Rheinland-Pfalz	55
	Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen in Rheinland-Pfalz	56
6.5	Kinderkliniken	57
6.6	Ministerien, Institut für Rechtsmedizin, Landkreistag und Städtetag	59

6.1. Jugendämter

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

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

http://www.lsjv.de/jugendaemter_rlp.pdf

Anschrift	Kontaktdaten
Kreisverwaltung Ahrweiler Jugendamt Wilhelmstraße 24-30 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Tel.: 02641 - 975-0 Fax: - 975-531 E-Mail: siglinde.hornbach@aw-online.de Internet: www.kreis.aw-online.de
Kreisverwaltung Altenkirchen Jugendamt Parkstraße 1 57610 Altenkirchen	Tel.: 02681 - 81-0 Fax: - 81-2500 E-Mail: rudi.hombach@kreis-ak.de Internet: www.kreis-altenkirchen.de
Kreisverwaltung Alzey-Worms Jugendamt An der Hexenbleiche 34 55232 Alzey	Tel.: 06731 - 408-0 Fax: - 408-54 50 oder -52 60 E-Mail: herz.arno@kreis-alzey-worms.de Internet: www.kreis-alzey-worms.de
Stadtverwaltung Andernach Jugendamt Läufstraße 11 56626 Andernach	Tel.: 02632 - 922-0 Fax: - 922-242 E-Mail: jugendamt@andernach.de Internet: www.andernach.de
Kreisverwaltung Bad Dürkheim Jugendamt Philipp-Fauth-Straße 11 67098 Bad Dürkheim	Tel.: 06322 - 961-0 Fax: - 961-254 E-Mail: rainer.kruppenbacher@kreis-bad-duerkheim.de Internet: www.kreis-bad-duerkheim.de
Kreisverwaltung Bad Kreuznach Jugendamt Salinenstraße 47 55543 Bad Kreuznach	Tel.: 0671 - 803-0 Fax: - 803-456 E-Mail: gerhard.dick@kreis-badkreuznach.de Internet: www.kreis-badkreuznach.de
Stadtverwaltung Bad Kreuznach Jugendamt Hochstraße 45 55545 Bad Kreuznach	Tel.: 0671 - 800-0 Fax: - 800-392 E-Mail: jugendamt@bad-kreuznach.de Internet: www.bad-kreuznach.de
Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich Jugendamt Kurfürstenstraße 16 54516 Wittlich	Tel.: 06571 - 14-0 Fax: - 940287 E-Mail: jugend@bernkastel-wittlich.de Internet: www.bernkastel-wittlich.de
Kreisverwaltung Birkenfeld Jugendamt Schloßallee 11 55765 Birkenfeld	Tel.: 06782 - 15-0 Fax: - 15-497 E-Mail: Bahr@landkreis-birkenfeld.de Internet: www.landkreis-birkenfeld.de

Anschrift	Kontaktdaten
Kreisverwaltung Cochem-Zell Jugendamt Enderplatz 2 56812 Cochem	Tel.: 02671 - 61-0 Fax: - 61-368 E-Mail: stephan.weber@lcoc.de Internet: www.lcoc.de
Kreisverwaltung Donnersbergkreis Jugendamt Uhlandstraße 2 67292 Kirchheimbolanden	Tel.: 06352 - 710-0 Fax: - 710-232 E-Mail: kreisverwaltung@donnersberg.de Internet: www.donnersberg.de
Kreisverwaltung des Eifelkreises Bitburg-Prüm Jugendamt Trierer Straße 1 54634 Bitburg	Tel.: 06561 - 15-0 Fax: - 15-1000 E-Mail: winandy.josef@bitburg-pruem.de Internet: www.bitburg-pruem.de
Stadtverwaltung Frankenthal Jugendamt Rathausplatz 2 67227 Frankenthal	Tel.: 06233 - 89-0 Fax: - 89-509 E-Mail: ute.lenz@frankenthal.de Internet: www.frankenthal.de
Kreisverwaltung Germersheim Jugendamt Bismarckstraße 4 76726 Germersheim	Tel.: 07274 - 53-0 Fax: - 53-272 E-Mail: r.weindel-j@kreis-germersheim.de Internet: www.kreis-germersheim.de
Stadtverwaltung Idar-Oberstein Jugendamt Georg-Maus-Straße 2 55743 Idar-Oberstein	Tel.: 06781 - 64-0 Fax: - 64-444 E-Mail: dieter.schmidt@idar-oberstein.de Internet: www.idar-oberstein.de
Kreisverwaltung Kaiserslautern Jugendamt Lauterstraße 8 67657 Kaiserslautern	Tel.: 0631 - 7105-0 Fax: - 7105-406 E-Mail: klaus.nabinger@kaiserslautern-kreis.de Internet: www.kaiserslautern-kreis.de
Stadtverwaltung Kaiserslautern Jugendamt Willy-Brandt-Platz 1 67657 Kaiserslautern	Tel.: 0631 - 365-0 Fax: - 365-1519 E-Mail: jugend@kaiserslautern.de Internet: www.kaiserslautern.de
Stadtverwaltung Koblenz Jugendamt Gymnasialstraße 1 56068 Koblenz	Tel.: 0261 - 129-0 Fax: - 129-2300 E-Mail: jugendamt@stadt.koblenz.de Internet: www.koblenz.de
Kreisverwaltung Kusel Jugendamt Trierer Straße 49 66869 Kusel	Tel.: 06381 - 424-0 Fax: - 424-194 E-Mail: leonhard.mueller@kv-kus.de Internet: www.landkreis-kusel.de
Stadtverwaltung Landau Jugendamt Friedrich-Ebert-Straße 3 76829 Landau	Tel.: 06341 - 13-0 Fax: - 13-330 E-Mail: claus.eisenstein@landau.de Internet: www.landau.de

Anschrift	Kontaktdaten
Stadtverwaltung Ludwigshafen Jugendamt Westendstraße 17 67059 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 504-0 Fax: - 504-2848 E-Mail: siegfried.boehn@ludwigshafen.de Internet: www.ludwigshafen.de
Stadtverwaltung Mainz Jugendamt Postfach 36 20 55028 Mainz	Tel.: 06131 - 12-0 Fax: - 12-3568 E-Mail: jugendamt@stadt.mainz.de Internet: www.mainz.de
Kreisverwaltung Mainz-Bingen Jugendamt Georg-Rückert-Straße 11 55218 Ingelheim	Tel.: 06132 - 787-0 Fax: - 787-4670 E-Mail: alt.irene@mainz-bingen.de Internet: www.mainz-bingen.de
Stadtverwaltung Mayen Jugendamt Rathaus 56727 Mayen	Tel.: 02651 - 88-0 Fax: - 88-56000 E-Mail: fachbereich6@mayen.de Internet: www.mayen.de
Kreisverwaltung Mayen-Koblenz Jugendamt Bahnhofstraße 9 56068 Koblenz	Tel.: 0261 - 108-0 Fax: - 108-499 E-Mail: gerhard.born@kvmyk.de Internet: www.kvmyk.de
Stadtverwaltung Neustadt Jugendamt Konrad-Adenauer-Straße 43 67433 Neustadt/W.	Tel.: 06321 - 855-0 Fax: - 855-660 E-Mail: jugendamt@stadt-nw.de Internet: www.neustadt-weinstrasse.de
Kreisverwaltung Neuwied Jugendamt Wilhelm-Leuschner-Straße 9 56562 Neuwied	Tel.: 02631 - 803-0 Fax: - 803-665 E-Mail: poststelle@kreis-neuwied.de Internet: www.kreis-neuwied.de
Stadtverwaltung Neuwied Jugendamt Heddesdorfer Straße 33-35 56564 Neuwied	Tel.: 02631 - 802-0 Fax: - 802-323 E-Mail: stadtverwaltung@neuwied.de Internet: www.neuwied.de
Stadtverwaltung Pirmasens Jugendamt Maler-Bürkel-Straße 33 66954 Pirmasens	Tel.: 06331 - 877-0 Fax: - 877-222 E-Mail: jugendamt@pirmasens.de Internet: www.pirmasens.de
Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis Jugendamt Ludwigstraße 3-5 55469 Simmern	Tel.: 06761 - 82-0 Fax: - 82-555 E-Mail: friedhelm.schueler@rheinhunsrueck.de Internet: www.rheinhunsrueck.de
Kreisverwaltung Rhein-Lahn-Kreis Jugendamt Insel Silberau 56129 Bad Ems	Tel.: 02603 - 972-0 Fax: - 972-199 E-Mail: referat43@rhein-lahn.rlp.de Internet: www.rhein-lahn-info.de

Anschrift	Kontaktdaten
Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis Jugendamt Europaplatz 5 67063 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 5909-0 Fax: - 5909-160 E-Mail: t.baader@kv-rpk.de Internet: www.rhein-pfalz-kreis.de
Kreisverwaltung Südwestpfalz Jugendamt Unterer Sommerwaldweg 40 66953 Pirmasens	Tel.: 06331 - 809-0 Fax: - 809-276 E-Mail: a.eger@lksuedwestpfalz.de Internet: www.suedwestpfalz.de
Stadtverwaltung Speyer Jugendamt Johannesstraße 22a 67346 Speyer	Tel.: 06232 - 14-0 Fax: - 14-2260 E-Mail: ute.schmitt@stadt-speyer.de Internet: www.speyer.de
Kreisverwaltung Südliche Weinstraße Jugendamt An der Kreuzmühle 2 76825 Landau	Tel.: 06341 - 940-0 Fax: - 940-514 E-Mail: peter.lerch@suedliche-weinstrasse.de Internet: www.suedliche-weinstrasse.de
Stadtverwaltung Trier Jugendamt Rathaus, Am Augustinerhof 54290 Trier	Tel.: 0651 - 718-0 Fax: - 718-1518 E-Mail: jugendamt@trier.de Internet: www.trier.de
Kreisverwaltung Trier-Saarburg Jugendamt Willy-Brandt-Platz 1 54290 Trier	Tel.: 0651 - 715-0 Fax: - 715-200 E-Mail: scha@trier-saarburg.de Internet: www.trier-saarburg.de
Kreisverwaltung Vulkaneifel Jugendamt Mainzer Straße 25 54550 Daun	Tel.: 06592 - 933-0 Fax: - 98 50 33 E-Mail: rainer.stein@vulkaneifel.de Internet: www.vulkaneifel.de
Kreisverwaltung Westerwaldkreis Jugendamt Peter-Altmeier-Platz 1 56409 Montabaur	Tel.: 02602 - 124-0 Fax: - 124-490 E-Mail: else.schneider-nuechter@westerwald.rlp.de Internet: www.westerwald.rlp.de
Stadtverwaltung Worms Jugendamt Marktplatz 2 67547 Worms	Tel.: 06241 - 853-0 Fax: - 853-5150 E-Mail: jugendamt@worms.de Internet: www.worms.de
Stadtverwaltung Zweibrücken Jugendamt Schillerstraße 4 66482 Zweibrücken	Tel.: 06332 - 871-0 Fax: - 871-570 E-Mail: jugendamt@zweibruecken.de Internet: www.zweibruecken.de
Landesjugendamt	
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Landesjugendamt Rheinallee 97 – 101 55118 Mainz	Tel.: 06131 - 967-290 Fax: - 967-365 E-Mail: landesjugendamt@lsjv.rlp.de Internet: www.landesjugendamt.de

6.2. Kinderschutzdienste

Institution	Kontaktdaten
Kinderschutzdienst Brodenheckstr. 1 54634 Bitburg	Tel.: 06561 - 9 67 10 E-Mail: h.schmidtman@bitburg.caritas-westefel.de
Kinderschutzdienst Mehrener Str. 1 54550 Daun	Tel.: 06592 - 9 57 30 E-Mail: k.knoetgen@daun.caritas-westefel.de
Kinderschutzdienst Josef-Probst-Str. 7 76726 Germersheim	Tel.: 07274 - 50 06 20 Fax: - 500 62 20 E-Mail: kinderschutzdienst.germersheim@caritas-speyer.de
Kinderschutzdienst Poststr. 14 67269 Grünstadt	Tel.: 06359 - 8 77 00 Fax: - 209 01 57 E-Mail: kinderschutzdienst-gs@diakonie-pfalz.de
Kinderschutzdienst Theodor-Körner-Str. 8 57627 Hachenburg	Tel.: 02662 - 94 40 31 E-Mail: ksd@lv-rlp.drk.de
Kinderschutzdienst Brückenstr. 5a 57548 Kirchen	Tel.: 02741 - 9300-46 und -47 Fax: - 9300-48 E-Mail: hilfe@kinderschutzdienst.de
Kinderschutzdienst Mayer-Alberti-Straße 11 56070 Koblenz	Tel.: 0261 - 388-99 Fax: - 388-16 E-Mail: info@kinderschutzdienst-ko.de
Kinderschutzdienst Gutenbergstraße 8 56112 Lahnstein	Tel.: 02621 - 9208-67 oder -68 Fax: - 9208-66 E-Mail: kinderschutzdienst-rl@cv-ww-rl.de
Kinderschutzdienst Rolf-Müller-Str. 15 76829 Landau	Tel.: 06341 - 1414-20 Fax: - 1414-15 E-Mail: info@blauer-elefant-landau.de
Kinderschutzdienst Georg-Büchner-Str. 6 67061 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 51 12 11 Fax: - 529 23 59 E-Mail: kinderschutzdienst@kinderschutzbund-ludwigshafen.de
Kinderschutzdienst Schütt 9 67433 Neustadt	Tel.: 06321 - 354 169 FAX: - 75 00 E-Mail: kinderschutzdienst-nw@diakonie-pfalz.de
Kinderschutzdienst Markstr. 98 56564 Neuwied	Tel.: 02631 - 222 00 Fax: - 314 44 E-Mail: kinderschutzdienst@htz-neuwied.de
Kinderschutzdienst Klosterstr. 9a 66953 Pirmasens	Tel.: 06331 - 2740 41 Fax: - 27 40 19 E-Mail: kinderschutzdienst.pirmasens@caritas-speyer.de

Institution	Kontakt Daten
Kinderschutzdienst Ludwigstraße 43 67346 Speyer	Tel.: 06232 - 10 01 44 E-Mail: kinderschutzdienst.speyer@caritas-speyer.de
Kinderschutzdienst Thebäerstr. 24 54292 Trier	Tel.: 0651 - 991-1800 Fax: - 991-13 01 E-Mail: info@kinderschutzbund-trier.de
Kinderschutzdienst Judengasse 26 67547 Worms	Tel.: 06241 - 889 17 Fax: - 41 33 60 E-Mail: kinderschutzdienst@asb-worms.de

6.3. Kinderschutzbund Rheinland-Pfalz

Anschriften der Orts- und Kreisverbände des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) in Rheinland-Pfalz

Anschrift	Kontaktdaten
Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. Ostbahnstraße 4 76829 Landau	Tel.: 06341 - 888 00 Fax: - 893 62 E-Mail: info@kinderschutzbund-rlp.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Ahrweiler e.V. Oberhutstraße 44 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Tel.: 02641 - 79 79 8 Fax: - 359 432 E-Mail: kinderschutzbund.ahrweiler@t-online.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Altenkirchen e.V. Wilhelmstraße 33 57610 Altenkirchen	Tel.: 02681 - 98 88 61 Fax: - 7 01 59 E-Mail: info@kinderschutzbund-altenkirchen.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Bad Kreuznach e.V. Am Eiermarkt 4 55545 Bad Kreuznach	Tel.: 0671 - 360 60 Fax: - 92 88 530 E-Mail: kinderschutzbund-bad-kreuznach@t-online.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Betzdorf-Kirchen e.V. Decizer Straße 1 57518 Betzdorf	Tel.: 02741 - 67 25 Fax: - 60 424
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Bernkastel-Wittlich e.V. In der Rommelsbach 18 54516 Wittlich	Tel.: 06571 - 21 10 Fax: - 21 10 E-Mail: info@kinderschutzbund-bernkastel-wittlich.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Donnersbergkreis e.V. Altes Rathaus Hauptstraße 86 67304 Eisenberg	Tel.: 06351 - 4 30 68 E-Mail: info@kinderschutzbund-donnersbergkreis.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Frankenthal e.V. Carl-Theodor-Straße 11 67227 Frankenthal	Tel.: 06233 - 29 90 90 Fax: - 29 90 92 E-Mail: dksb-frankenthal@imail.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Germersheim e.V. Waldstraße 5 76726 Germersheim	Tel.: 07274 - 88 47 Fax: - 77 77 71 E-Mail: kinderschutzbund-germersheim@web.de

Anschrift	Kontaktdaten
Deutscher Kinderschutzbund OV Hachenburg e.V. Gartenstraße 11 57627 Hachenburg	Tel.: 02662 - 56 78 Fax: - 56 78 E-Mail: kinderschutzbund-hachenburg@t-online.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Höhr-Grenzhausen e.V. Hermann-Geisen-Straße 44 56203 Höhr-Grenzhausen	Tel.: 02624 - 44 88 Fax: - 40 34 E-Mail: info@kinderschutzbund-westerwald.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Kaiserslautern-Kusel e.V. Moltkestraße 10 b 67655 Kaiserslautern	Tel.: 0631 - 24 04 4 Fax: - 26 06 4 E-Mail: kinderschutzbundkl@t-online.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Koblenz e.V. Kulturfabrik Mayer-Alberti-Straße 11 56070 Koblenz	Tel.: 0261 - 3 44 11 Fax: - 3 88 16 E-Mail: kinderschutzbund.ko@freenet.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Landau-Südliche Weinstr. e.V. Rolf-Müller-Straße 15 76829 Landau	Tel.: 06341 - 14 14 14 Fax: - 14 14 15 E-Mail: info@blauer-elefant-landau.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Ludwigshafen e.V. Bahnhofstraße 83 67059 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 52 52 11 Fax: - 52 52 26 E-Mail: info@kinderschutzbund-ludwigshafen.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Mainz e.V. Ludwigsstraße 7 55116 Mainz	Tel.: 06131 - 61 41 91 Fax: - 67 47 84 E-Mail: geschaeftsstelle@kinderschutzbund-mainz.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Mayen-Andernach e.V. Alleestraße 15 a 56227 Mayen	Tel.: 02651 - 60 63 Fax: - 60 92 E-Mail: info@kinderschutzbund-mayen-andernach.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Neustadt-Bad Dürkheim e.V. Moltkestraße 3 67433 Neustadt	Tel.: 06321 - 800 55 Fax: - 334 39 E-Mail: buero@kinderschutzbund-nw-duew.de
Deutscher Kinderschutzbund KV Neuwied e.V. Heddesdorfer Straße 78 56564 Neuwied	Tel.: 02631 - 285 21 Fax: - 946 52 7 E-Mail: info@kinderschutzbund-neuwied.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Pirmasens e.V. Schäferstraße 59 66593 Pirmasens	Tel.: 06331 - 964 06

Anschrift	Kontaktdaten
Deutscher Kinderschutzbund OV Rhein-Pfalz-Kreis e.V. Rehbachstraße 4 67105 Schifferstadt	Tel.: 06235 - 982 82 Fax: - 49 26 77 E-Mail: dksb-schifferstadt@gmx.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Speyer e.V. Roland-Berst-Straße 1 67346 Speyer	Tel.: 06232 - 722 98 Fax: - 28 96 30 E-Mail: kinderschutzbund@speyer.de
Deutscher Kinderschutzbund OV/KV Trier e.V. Thebäerstraße 24 54292 Trier	Tel.: 0651 - 991 13 00 Fax: - 991 13 01 E-Mail: info@kinderschutzbund-trier.de
Deutscher Kinderschutzbund OV Zweibrücken e.V. Bleicher Straße 1 66482 Zweibrücken	Tel.: 06332 - 721 27

6.4. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Rheinland-Pfalz

Institution	Kontaktdaten
Rheinessen-Fachklinik Alzey Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dautenheimer Landstraße 66 55232 Alzey	Tel.: 06731 - 50-16 00 Fax: - 50-16 14 W.Guth@rheinessen-fachklinik-alzey.de Internet: www.rheinessen-fachklinik-alzey.de
DRK Fachklinik Bad Neuenahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie / Psychosomatik Lindenstr. 3-4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Tel.: 0 26 41 - 754-0 Fax: - 754-200 E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de Internet: www.drk-fk.badneuenahr.de/
Pfalzinstitut Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie Weinstr. 100 76889 Klingenmünster	Tel.: 06349 - 900-38 00 Fax: - 900-38 99 E-Mail: info@pfalzinstitut.de Internet: www.pfalzinstitut.de
Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Feldstraße 16 54290 Trier	Tel.: 0651 - 947-28 54 Fax: - 947-28 55 E-Mail: kontakt@mutterhaus.de Internet: www.mutterhaus.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in Rheinland-Pfalz

Institution	Kontaktdaten
DRK Fachklinik Bad Neuenahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie / Psychosomatik Lindenstr. 3-4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Tel.: 02641 - 754-0 Fax: - 754-200 E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de Internet: www.drk-fk.badneuenahr.de/
SHG-Klinikum Idar-Oberstein Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. Ottmar-Kohler-Str. 2 55743 Idar-Oberstein	Tel.: 06781 - 66 15 65 Fax: - 66 15 68 E-Mail: arztjgp@io.shg-kliniken.de Internet: www.shg-kliniken.de
Pfalzinstitut Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie Weinstr. 100 76889 Klingenmünster	Tel.: 06349 - 900-38 00 Fax: - 900-38 99 E-Mail: info@pfalzinstitut.de Internet: www.pfalzinstitut.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken in Rheinland-Pfalz (Fortsetzung)

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin St. Annastift Karolina-Burger-Straße 51 67065 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 5702-42 18 Fax: - 5702-42 42 E-Mail: jochen.gehrmann@st-annastiftsrankenhaus.de Internet: www.st-marienrankenhaus.de/
Johanniter-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gGmbH Am Carmen-Sylvia-Garten 6 56564 Neuwied	Tel.: 02631 - 39 44-0 Fax: - 39 44-44 E-Mail: info@kjp-neuwied.de Internet: www.kjp-neuwied.de

Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen in Rheinland-Pfalz

Institution	Kontaktdaten
Rheinhessen-Fachklinik Alzey Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dautenheimer Landstraße 66 55232 Alzey	Tel.: 06731 - 50-16 00 Fax: - 50-16 14 E-Mail: W.Guth@rheinessen-fachklinik-alzey.de Internet: www.rheinessen-fachklinik-alzey.de/
DRK Fachklinik Bad Neuenahr für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie / Psychosomatik Lindenstr. 3-4 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Tel.: 0 26 41 - 754-0 Fax: - 754-200 E-Mail: info@drk-fk-badneuenahr.de Internet: www.drk-fk.badneuenahr.de/
SHG-Klinikum Idar-Oberstein Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr. Ottmar-Kohler-Str. 2 55743 Idar-Oberstein	Tel.: 06781 - 66 15 65 Fax: - 66 15 68 E-Mail: arztkjp@io.shg-kliniken.de Internet: www.shg-kliniken.de
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin St. Annastift Karolina-Burger-Straße 51 67065 Ludwigshafen	Tel.: 0621 - 57 02-42 18 Fax: - 57 02-42 42 E-Mail: jochen.gehrmann@st-annastiftsrankenhaus.de Internet: www.st-marienrankenhaus.de/
Johanniter-Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gGmbH Am Carmen-Sylvia-Garten 6 56564 Neuwied	Tel.: 02631 - 39 44-0 Fax: - 39 44-44 E-Mail: info@kjp-neuwied.de Internet: www.kjp-neuwied.de
Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Feldstraße 16 54290 Trier	Tel.: 0651 - 947-28 54 Fax: - 947-28 55 E-Mail: kontakt@mutterhaus.de Internet: www.mutterhaus.de

6.5. Kinderkliniken

Institution	Kontaktdaten
Diakonie-Krankenhaus kreuznacher diakonie Ringstraße 64 55543 Bad Kreuznach	Tel.: 0671 - 605 - 0 Fax: - 2366 E-Mail: info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de Internet: www.kreuznacherdiakonie.de/ Diakonie-KH
Klinikum Idar-Oberstein GmbH Dr. Ottmar-Kohler-Straße 2 55743 Idar-Oberstein	Tel.: 0 67 81 - 66-0 Fax: - 66-1940 E-Mail: info.io@shg-kliniken.de Internet: www.shg-kliniken.de
Westpfalz Klinikum GmbH Standort I Kaiserslautern Hellmut-Hartert-Straße 1 67655 Kaiserslautern	Tel.: 0 631 - 203 - 0 Fax: - 203 - 1703 E-Mail: info@westpfalz-klinikum.de Internet: www.westpfalz-klinikum.de
DRK-Klinikum Westerwald - Krankenhaus Kirchen Bahnhofstraße 24 57548 Kirchen	Tel.: 0 27 41 - 68 2 - 0 Fax: - 68 2 - 6 19 48 E-Mail: info@drk-kh-kirchen.de Internet: www.drk-kh-kirchen.de
Gemeinschaftsklinikum Kemperhof Koblenz Standort Klinikum Kemperhof Koblenz Koblenzer Straße 115 - 155 56073 Koblenz	Tel.: 0 2 61 - 499-0 Fax: - 499-2000 E-Mail: info-koblenz@gemeinschaftsklinikum.de Internet: www.gemeinschaftsklinikum.de
Vinzentius-Krankenhaus Cornichonstraße 4 76829 Landau (Pfalz)	Tel.: 0 63 41 - 17 - 0 Fax: - 17 - 35 35 E-Mail: info@vinzentius.de Internet: www.vinzentius.de
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Salzburger Straße 15 67067 Ludwigshafen am Rhein	Tel.: 0 6 21 - 55 01-0 Fax: - 55 01-2266 E-Mail: mail@st-marienkrankenhaus.de Internet: www.st-marienkrankenhaus.de
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Langenbeckstraße 1 55131 Mainz	Tel.: 0 6131 - 17-0 Fax: - 17-41 41 E-Mail: info@verwaltung.klinik.uni-mainz.de Internet: www-klinik.uni-mainz.de
Gemeinschaftsklinikum Kemperhof Koblenz - St. Elisabeth Krankenhaus Mayen gGmbH Standort St. Elisabeth Krankenhaus Mayen Siegfriedstraße 20 56727 Mayen	Tel.: 0 26 51 - 83-0 Fax: - 58 06 E-Mail: info-mayen@gemeinschaftsklinikum.de Internet: www.gemeinschaftsklinikum.de
Marienhaus Klinikum, Standort St. Elisabeth-Krankenhaus Friedrich-Ebert-Straße 59 56564 Neuwied	Tel.: 0 26 31 - 82-0 Fax: - 82-12 43 E-Mail: info@marienhaus-klinikum.de Internet: www.marienhaus-klinikum.de

Institution	Kontaktdaten
Städtisches Krankenhaus Pirmasens gGmbH Pettenkoferstraße 22 66955 Pirmasens	Tel.: 0 63 31 - 714-0 Fax: - 714-10 23 E-Mail: Info@KH-Pirmasens.de Internet: www.kh-pirmasens.de
Diakonissen-Stift-Krankenhaus Speyer Standort Evangelische Diakonissenanstalt Haus Hilgardstraße Hilgardstraße 26 67343 Speyer	Tel.: 0 62 32 - 22-0 Fax: - 22-13 88 E-Mail: krankenhaus@diakonissen.de Internet: www.diakonissen.de
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH Feldstraße 16 54290 Trier	Tel.: 0 651 - 947-0 Fax: - 947-22 05 E-Mail: kontakt@mutterhaus.de Internet: www.mutterhaus.de
Verbundkrankenhaus Bernkastel-Wittlich/ St. Elisabeth-Krankenhaus Wittlich Koblenzer Straße 91 54516 Wittlich	Tel.: 06571 - 15-0 Fax: - 15-29 97 E-Mail: info@verbund-krankenhaus.de Internet: www.verbund-krankenhaus.de
Klinikum Worms gGmbH Gabriel-von-Seidl-Straße 81 67550 Worms	Tel.: 0 62 41 - 501-0 Fax: - 501- 46 00 E-Mail: info@klinikum-worms.de Internet: www.klinikum-worms.de
St. Josef-Krankenhaus Barlstraße 42 56856 Zell (Mosel)	Tel.: 0 65 42 - 97-0 Fax: - 97-17 23 E-Mail: info@krankenhaus-zell.de Internet: www.krankenhaus-zell.de

6.6. Ministerien, Institut für Rechtsmedizin, Landkreistag und Städtetag

Institution	Kontaktdaten
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz Bauhofstraße 9 / Postfach 31 80 55116 Mainz / 55021 Mainz	Tel.: 06131 - 16-0 Fax.: - 16-24 52 E-Mail: poststelle@masgff.rlp.de Internet: www.masgff.de
Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur Mittlere Bleiche 61 / Postfach 32 20 55116 Mainz / 55022 Mainz	Tel.: 06131 - 16-0 Fax.: - 16- 28 78 E-Mail: poststelle@mbwjk.rlp.de Internet: www.mbwjk.rlp.de Internet: www.kinderrechte.rlp.de
Johannes Gutenberg-Universität Institut für Rechtsmedizin Am Pulverturm 3 55131 Mainz	Tel.: 06131 - 393 73 87 Fax.: - 393 31 83 Internet: http://www.rechtsmedizin.uni-mainz.de
Landkreistag Rheinland-Pfalz Deutschhausplatz 1 55116 Mainz	Tel.: 06131 - 28 655-0 Fax.: - 28 655-28 E-Mail: post@landkreistag.rlp.de Internet: www.landkreistag.rlp.de/
Städtetag Rheinland-Pfalz Freiherr-vom-Stein-Haus Deutschhausplatz 1 55116 Mainz	Tel.: 06131 - 28 64 4-0 Fax.: - 28 644-480 E-Mail: info@staedtetag-rlp.de Internet: www.staedtetag-rlp.de

7. Fallformular/Dokumentationsbogen

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Dokumentationsbogen, der Ihnen als Ärztin oder Arzt im Praxisalltag eine Hilfe sein soll.

Dokumentation: (Verdacht auf) Kindesmisshandlung / Vernachlässigung / sexueller Missbrauch

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

Personalien des Kindes (ggf. Adressen-Abdruck)	(Praxisstempel)
Familiename: _____	
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
Adresse: _____	

1. Kurze Sachverhaltsschilderung

Anlass des Arztbesuchs, Vorfallszeit, Hergang, Art der Gewalt

2. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand

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

Haut

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

Innere Verletzungen

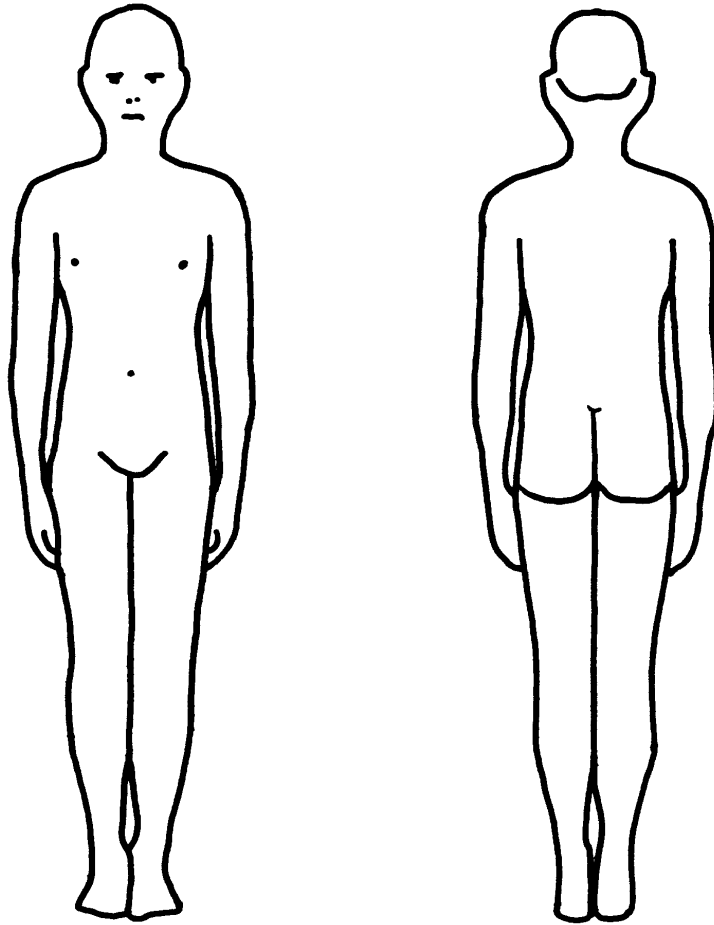
- Innere Blutungen, Organverletzungen, Frakturen
- Röntgenologische Befunde, evtl. Ultraschall, CT, Knochenszintigraphie
- Altersschätzung, insbes. von Frakturen
- Hinweise auf Schütteltrauma? Augenhintergrundsveränderungen?
- Neurologische Auffälligkeiten

Genitale / anale Befunde

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

3. Skizzen zur Befunddokumentation:

Ganzkörperschema



Genital-/Analregion



4. Verhaltensauffälligkeiten beim Kind, psychischer Befund; soziale Situation

Psyche, Verhalten

z. B. situationsgerechtes Verhalten

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

Soziale / familiäre Verhältnisse

z. B. Anzahl Geschwister, bekannte Misshandlungsproblematik

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

5. Auffälligkeiten bei den Eltern / der Begleitperson

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

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

6. Diagnose / Differentialdiagnose

	Anfangsverdacht	Diagnose
körperliche Misshandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sexueller Missbrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernachlässigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelische Misshandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Differentialdiagnose

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

7. Spurensicherung (bei akuten, schwerwiegenden Fällen)

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

- Rückfrage ggf. – je nach Sachlage – beim Institut für Rechtsmedizin (Tel. 06131 - 393-73 87) oder im Landeskriminalamt.
- Einsendung z. B. an das Institut für Rechtsmedizin

Durchgeführte Sicherungsart bitte ankreuzen:

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

8. Procedere

- z. B. Wiedereinbestellung
weitere Consiliaruntersuchungen
Krankenhauseinweisung
Meldung → Soziale Dienste, Kinderschutzbund, sonstige Institution