

# Umgang mit Kindeswohlgefährdung

Bericht der Kinderschutzgruppe Neuburg

Der Vortrag wurde am 19.09.2011 von uns bei der Bundesfachtagung des Pflege- und Erziehungsdienstes in Hamburg gehalten. In der hier vorliegenden Leseversion verzichten wir auf die einführenden Worte, die Erklärungen zur Implementierung der Kinderschutzgruppe in unserer Institution und auf den Ausblick auf weitere Vorhaben.

Wir wünschen anregende Lektüre!

14.10.2011

Gertrud Röhrich

Gustav Klinger

## 1. Damit beschäftigt sich der Vortrag:

- Wir beschreiben Umstände des Zustandekommens der Kinderschutzgruppe
- Wir sprechen darüber auf welche unterschiedliche Arten das Wohl eines Kindes gefährdet sein kann und welche Hinweisreize es dafür gibt
- wir werden die wichtigsten rechtlichen Aspekte anreißen
- Wir werden ausführlich die in unserer Abteilung entwickelte Leitlinie erklären
- Die Diagnostikinstrumente werden wir nennen und kurz beschreiben
- Wichtigste Quellen werden angegeben

## 2. Ausgangssituation

Am 27.03.2009 traf sich in der KJP Neuburg erstmals eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema Kindeswohlgefährdung auseinandersetzte. Unstimmigkeiten im Team über den Ablauf und die Konsequenzen eines Behandlungsfalles führten zu meiner Motivation hier mitzuwirken.

Diesen Fall möchte ich in einer rudimentären Vignette als Einstieg zu unserem Thema nutzen. Im Herbst 2008 war ein Junge (8 Jahre) auf Veranlassung unserer Ambulanz in die Tagklinik aufgenommen worden. In seiner Familie zeigte sich „der Junge“ immer wieder solange provozierend, bis die sonst in Grenzssetzungen schwache Mutter sich mit Schlägen Grenzen verschaffte. Unser sozialpädagogischer Fachdienst gab eine Vermutung auf „Gefährdung des Kindeswohls“ an den zuständigen Psychologen weiter. Der wollte in diese Richtung nicht handeln, weil er den Platz für den Jungen in der Familie dadurch gefährdet sah. Die Bezugserzieherin intervenierte mit einem schriftlichen Vertrag zwischen der Mutter und dem Jungen, wonach der Junge nicht mehr provozieren durfte und die Mutter nicht mehr schlagen. In den Weihnachtsferien kam es zuhause zu einer Eskalation. Der Junge provozierte anhaltend. Die Mutter und ihr Partner setzten nun den Jungen im Schlafanzug und barfuss bei erheblichen Minusgraden vor die Türe. Dieser berichtete über diese Situation in der Tagklinik bei einem Fragespiel, in dem gute und schlechte Erlebnisse aus den Ferien abgefragt wurden. Die Leitende Ärztin der KJPP Neuburg riet von einem Verbleib des Jungen in der Familie ab, es wurde das Jugendamt wegen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung informiert und eine einvernehmliche Trennung aus der Ursprungsfamilie angestrebt. Die Mutter übernahm den Auftrag ihrem Sohn eine Trennung aus der Familie zu eröffnen. Der Junge erzählte in der Einzeltherapie, dass er von Gewissensbissen geplagt sei, weil er mit seinen Informationen aus den Weihnachtsferien keine Trennung bewirken wollte. Er machte sich Selbstvorwürfe und Schuldzuweisungen. Die Erzieherin berichtete jedoch, dass es dem Jungen gut gehe seit er

von der Trennung wisse. Die differierenden Beobachtungen konnten nicht zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden, sie führten eher zu Animositäten untereinander. Ich beobachtete eine anhaltende Verunsicherung bezüglich der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung. Der Junge wechselte Ostern 2009 in eine räumlich entfernte Pflegefamilie, so dass eine weitere Versorgung in der KJP Neuburg nicht geleistet werden konnte. Bei den beteiligten Mitarbeitern war aber eine Verunsicherung bezüglich des Umgangs mit Kindeswohlgefährdung als Rest geblieben. Die „AG Kindeswohlgefährdung“ wurde gegründet, später folgte ihre Umbenennung in „Kinderschutzgruppe der KJPP Neuburg“.

Die Kinderschutzgruppe ist multiprofessionell besetzt und alle Bereiche unserer Abteilung (Stationen, Tagklinik und Ambulanz) sind darin vertreten. Letzteres ist für uns ein sehr erfreulicher Umstand, da wir in unserer Gruppe feststellten, dass die Frage „ist das Wohl eines Kindes gefährdet“ je nach Berufsgruppe und damit verbundener Verantwortung differiert und dass diese Frage sich auch in den Bereichen Ambulanz, Tagklinik und Station in unterschiedlicher Dringlichkeit stellen kann.

### **3. Gefährdungsarten**

#### **Öffentliche Wahrnehmung und Erweiterung des Blickfeldes**

Je nach Standort und persönlicher Betroffenheit und/oder Verantwortung gibt es ganz unterschiedliche Wahrnehmungen von „Kindeswohlgefährdungen“.

In der öffentlichen Wahrnehmung dominiert der sexuelle Missbrauch von Kindern, gefolgt von schwersten Formen der Vernachlässigung, die manchmal sogar den Tod eines Kindes zur Folge haben. Diese Fälle greift die Presse auf und die Bevölkerung ist davon schockiert.

Über diesen sehr dramatischen Fällen sollten jedoch nicht die anderen Erscheinungsformen von Gewalt gegen Kinder übersehen werden, die schwerwiegende Auswirkungen für die körperliche, seelische und geistige Entwicklung des Kindes haben.

In der fachlichen Auseinandersetzung, in der Rechtssprechung und in der professionellen Praxis von Jugendämtern und Institutionen, die mit der Erziehung, Bildung oder ärztlichen Versorgung von Kindern befasst sind, unterscheiden wir fünf Erscheinungsformen der Kindeswohlgefährdung. Diese Erscheinungsformen wollen wir nun im Einzelnen vorstellen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass sie in der Praxis durchaus - wenn nicht sogar häufig - gleichzeitig auftreten können.

Wir wollen uns nun dieser grundsätzlichen Unterscheidung zuwenden. Für die folgende Systematik haben wir uns an der Broschüre des Bay. Landesjugendamtes „schützen-helfen-begleiten“ orientiert. Sie bietet eine sehr gute Zusammenfassung der umfassenden Literatur.

#### **3.1. Körperliche und seelische Vernachlässigung**

Unter Vernachlässigung ist immer ein **Zuwenig** zu verstehen; ein Zuwenig an elterlicher Pflege, Fürsorge, Aufsicht und Zuwendung, die erforderlich sind für das gedeihliche Aufwachsen des Kindes.

Von Vernachlässigung spricht man, wenn ein chronischer Zustand der Mangelversorgung vorliegt. Oft ist die Vernachlässigung von Kindern auch über Generationen tradiert, so dass die jeweils heranwachsende Generation nicht am Vorbild ihrer Eltern erleben und erlernen konnte, wie das körperliche und das seelische Wohl von Kindern sichergestellt wird. Schwere

Formen der Vernachlässigung können zu lebensbedrohlichen Zuständen führen oder den Tod des Kindes Folge haben - insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern.

Handlungen, oder „Unterlassungen“, die unter Vernachlässigung fallen, sind:

- **Mangelnde Ernährung und unzureichende Körperpflege**
- **Missachtung der Gesundheit (unregelmäßige Schlafenszeiten, Nichteinhaltung von Arztterminen)**

Unter „Missachtung der Gesundheit“ ist auch zu verstehen, wenn Eltern, aus Unverständnis, Scham oder anderen Gründen bei einer vorhandenen psychischen Erkrankung ihres Kindes nicht in eine Behandlung einwilligen. Bei Beendigung einer Behandlung gegen ärztlichen Rat sollte die Frage „ist das Kind dadurch gefährdet?“ immer gestellt werden.

- **Mangelnde Aufsicht**
- **Mangelnde oder inadäquate Anregung für das Kind**  
(z.B. übermäßiger Fernsehkonsum/PC-Konsum anstelle von Gesprächen und gemeinsamer Beschäftigung)

Alle die eben beschriebenen Situationen sind darüber hinaus häufig mit einem Mangel an emotionaler Zuwendung verbunden.

Hinweisreize und Vorbetrachtungen:

Hinweisreize können sehr spezifisch auf eine der Erscheinungsformen von Kindeswohlgefährdung hinweisen, sie können aber auch sehr unspezifisch über eine Bedrohung des Kindeswohles Auskunft geben. Kinder in unseren stationären oder teilstationären Einrichtungen sind von seelischer Krankheit bedroht, sie haben Entwicklungsdefizite oder soziale Auffälligkeiten. Die Sorgeberechtigten zeigen soviel Einsicht in die defizitäre Lage des kindlichen oder jugendlichen Wohlergehens, dass sie ihre Kinder unserer Verantwortung in einer Heilbehandlung anvertrauen. Die Eltern werden in die Behandlung integriert. Wenn wir in einem mangelhaften Elternverhalten eine Mitverantwortung für das Leid des Patienten sehen, bieten wir Elternterapie, Familientherapie oder Elternberatung verpflichtend an. Erst wenn unsere Bemühungen in der Zusammenarbeit mit den Eltern dauerhaft erfolglos erscheinen, oder ein Misslingen der Behandlung droht, werden wir bei Beobachtungen die einen Hinweis auf Kindeswohlgefährdung geben, an eine Datenübermittlung an das Jugendamt denken. Folgende Auflistung von Hinweisreizen für körperliche und seelische Vernachlässigung wird nur beispielhaft angeführt:

Ein schlechter Zustand von Haar, Haut, Zähne und Nägel. Ein allgemein schlechter konditioneller Zustand, ständige Müdigkeit und deutliche Abwehrmängel. Andauernder Verschmutzungszustand von Körper und Kleidung, unangenehmer Geruch. Ein lückenhaftes Kinder – Untersuchungsheft, Untergewicht, nicht altersgemäße Entwicklung, Distanzierte emotional flache Umgangsformen, Rückzug und Depression und andere mehr. Am Ende verdichten sich Hinweisreize zu einer Verdachtsdiagnose auf der Achse V des multiaxialen Klassifikationsschemas der ICD 10, die dann überprüft werden muss.

### **3.2. Seelische oder emotionale Misshandlung**

darunter versteht man abweisende, ablehnende, ignorierende oder gar feindliche Verhaltensweisen. Von Misshandlung spricht man, wenn diese Verhaltensweisen zum festen Bestandteil der Erziehung gehören.

Wir wollen die verschiedenen Ausprägungen kurz genauer betrachten.

- **Ablehnung des Kindes:**

- **Terrorisieren:** „Erziehung“ durch Drohungen, die das Kind ängstigen und einschüchtern. Dabei kann es sich um Strafandrohungen gegen das Kind, aber auch gegen Dritte oder gegen sich selbst handeln.
- **Isolieren:** In diesem Fall wird das Kind vom Kontakt mit der Außenwelt abgeschnitten, es erlebt Einsamkeit und Verlassensein
- **Verweigerung emotionaler Zuwendung:**
- **Korumpieren:** das Kind wird zu kriminellen Handlungen oder zu rassistischen Überzeugungen verleitet.
- **Überfürsorgliches und überbehütendes Verhalten:** Auch das zählt zur seelischen Misshandlung, wenn es dem Kind Ohnmacht und Abhängigkeit vermittelt, so dass es nicht zu einer selbständigen, unabhängigen Persönlichkeit heranwachsen kann.
- **Verstoß gegen das altersgerechte Selbstbestimmungsrecht des Kindes:** darunter fallen Forderungen nach Schwangerschaftsabbruch oder umgekehrt zum Austragen eines Kindes, Zwangsverheiratung, Bedrohung mit sogenanntem „Ehrenmord“

Hinweisreize:

Grundsätzlich ist nicht die schädigende Tat allein der Auslöser für den Zustand der Kindeswohlgefährdung, immer sind die Vulnerabilität, die Kompensationsfähigkeit und Schutzfaktoren zu berücksichtigen.

Aber auch wenn keine Hinweisreize erkennbar sind, bei seelischer Misshandlung können Auswirkungen oft auch erst Jahre später auftreten. Als Folgen werden „Gedeihstörungen“ genannt. „Gemeint sind Entwicklungsstörungen ohne organische Ursachen“ sowie Verhaltensauffälligkeiten, aber auch somatische Reaktionen wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen und ähnliches mehr.

Hinweisreize für aktuelle Bedrohung: Das Kind kann den Eltern nichts recht machen, es fühlt sich überfordert, wertlos, von den Eltern nicht geliebt und angenommen. Es wirkt verängstigt und einsam, oder ratlos und abhängig. Hier und bei den folgenden Gefährdungsarten sind posttraumatische Belastungsstörungen zu beachten, bei früher Einwirkung auch Bindungsstörungen.

### 3.3 Körperliche Misshandlung

Damit ist die körperliche Gewalt durch Erwachsene an Kindern gemeint. Das kann sein: Schläge mit der Hand oder mit Gegenständen, Tritte, Schütteln, Stoßen, Würgen, Zwicken, Ersticken, Vergiftungen, thermische Schäden (Verbrennungen, Verbrühungen oder Unterkühlung)

Eine körperliche Misshandlung liegt auch vor, wenn aufgrund religiöser Überzeugung Genitalverstümmelungen vorgenommen werden oder die Einwilligung in eine üblebenswichtige Operation verweigert wird. Das beim Münchhausen-by-Proxi- Syndrom stellt eine ernste Gefahr für das körperliche Wohl des Kindes dar.

Hinweisreize:

Die Bewertung einer körperlichen Gewalt als Misshandlung hängt sehr stark von der physischen Konstitution des geschädigten Kindes oder Jugendlichen ab. Es gilt, je jünger und wehrloser ein Kind, desto größer ist die Gefahr von schwer wiegenden Auswirkungen bei körperlicher Gewalt. Es gilt weiter, „sofern körperliche Schäden wahrgenommen oder vermutet werden, muss auf eine ärztliche Diagnostik hingewirkt werden“. Geschädigte Kinder verheimlichen oft die Misshandlungen der Täter, weil sie unter Loyalitätskonflikten, an Angst vor einer Trennung aus der Familie, an Selbstvorwürfen und an großer Scham leiden. Wirre und unlogische Erklärungsversuche für Verletzungen an eindeutigen, aber auch an ungewöhnlichen Stellen können auf körperliche Misshandlung hinweisen. Auch große Gewaltbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen kann Hinweis auf erfahrene Gewalt in welcher Form auch immer sein.

### 3.4. sexueller Missbrauch

Darunter werden sexuelle Handlungen eines Erwachsenen mit, an oder vor einem Kind verstanden. Diese Handlungen befriedigen die Bedürfnisse des Täters nach Nähe, Intimität, Macht, Kontrolle sowie nach Sex. Unterschieden wird zwischen dem intrafamiliären Missbrauch (darunter fallen sexuelle Handlungen mit den Eltern, Geschwistern, im Haushalt lebenden Verwandten, sowie Freunden der Familie) und dem extrafamiliären Missbrauch, bei dem durch eine persönliche oder berufliche Beziehung eine Macht- und Autoritätsposition gegenüber dem Kind ausgenutzt wird (gemeint sind Trainer, Lehrer, Priester, Erzieher, usw). In der Regel entwickelt sich sexueller Missbrauch von weniger intimen Formen des Körperkontaktes zu immer intimeren. Körperliche Symptome sind nicht zwangsläufig vorhanden. Sexueller Missbrauch ist immer eine Gewalttat, auch wenn nicht offen körperliche Gewalt ausgeübt wird.

Die Formen der sexuellen Kindesmisshandlung reichen von Situationen, in denen Kinder veranlasst werden sich pornographische Zeitschriften oder Videos anzusehen, über kinderpornographische Abbildungen oder Filme, hin zu intimen Berührungen des Kindes oder umgekehrt dazu, dass das Kind veranlasst wird den Erwachsenen intim zu berühren oder zu manipulieren, schließlich zu oralem oder genitalem Verkehr bis dahin, dass das Kind zur Prostitution vermittelt wird.

Hinweisreize:

Beginnende sexuelle Misshandlung ist für Außenstehende schwer zu erkennen. Von Bedeutung für eine Einschätzung ist die Intention des Erwachsenen und die Frage, ob das Kind die Freiheit und die Fähigkeit hat „NEIN“ zu sagen. Im sexuellen Missbrauchsfall benötigt es eine umfassende Untersuchung der körperlichen, und der psychischen Gesamtsituation.

Augenfällige Hinweisreize bei Missbrauch sind z. B. distanzloses und sexualisiertes Verhalten, aber auch totaler Rückzug. Herr PD Prof. Dr. Romer hat am Vortag in seinem Vortrag zum Thema „Trauma“ sehr anschaulich misslingende Bewältigungsstrategien aufgezeigt, die wir als Symptome und als Hinweise in unserem Arbeitsfeld wahrnehmen können.

Die psychische Integrität wird bei sexuellem Missbrauch auf das Größte verletzt und die Verletzung ist allumfassend. Hier möchte ich noch den spezifischen Ausdruck des Opferseins bei sexuellem Missbrauch anführen.

Das Opfer hat Zweifel an der eigenen Wahrnehmung, es entwickelt ein besonderes Misstrauen. Das Opfer lebt in ständiger Angst, es schämt sich für seinen Körper, für seine Existenz und für das was ihm der Täter angetan hat. Das Opfer leidet unter großen Schuldgefühlen. Ohnmacht prägt seine Gefühlswelt. Das Opfer hat Angst, das Geheimnis zu verraten und Angst vor den nicht absehbaren Folgen.

Als Behandler müssen wir achtsam vorgehen und gemeinsam einen Weg finden, der das Opfer nicht zusätzlich verletzt und überfordert.

### 3.5. Miterleben von Partnerschaftsgewalt

Miterleben von Partnerschaftsgewalt

Diese Form der Gefährdung von Kindern war uns am wenigsten im Bewusstsein. Aber bereits das Miterleben von psychischer und physischer Gewalt zwischen den Eltern oder gegenüber einem Elternteil stellt eine überfordernde Belastung, sowie eine existentielle Bedrohung für das Kind dar.

Die psychischen Folgen für das Kind können je nach Systemdynamik und Persönlichkeitsstruktur verschieden sein: **Unsicherheit und Angst; Hilflosigkeit und das**

**Gefühl eigenen Bedrohtseins**, – tatsächlich besteht ein extrem hohes Risiko für eine parallel stattfindende Kindesmisshandlung

**Das Kind kann Wut und Feindlichkeit bis zum Hass empfinden**, im Falle einer loyalen Bindung an den misshandelten Elternteil

oder **innere Zerrissenheit und Loyalitätskonflikte sowie Schuldgefühle**, bei emotionaler Verbundenheit mit beiden Elternteilen

Hinweisreize:

Gewalttätige Konflikte werden im Akutzustand zumeist verheimlicht, oder wenn eine Beziehung gerettet werden soll bagatellisiert. Erst ab Beginn der Trennungsphase kommt es zur Offenlegung. Bei Regelungen des Sorgerechtes wird oftmals Partnerschaftsgewalt angegeben, auch um eigene Rechtspositionen zu stärken.

Die Frage, kann die Symptomlage beim Kind stringent auf die erlebte häusliche Gewalt zurückgeführt werden, ist schwer zu beantworten und es ist zu prüfen, ob nicht noch weitere Anhaltspunkte auf eine Kindeswohl-gefährdung hinweisen.

Hinweisreize, die für diese Gefährdungssituation genannt werden, sind wiederum vielfältig und gehören meist zu den Leiden, bei denen um psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe angefragt wird. Ich nenne einige: Niedergeschlagenheit, Depression, Regressionen, Ängste, Schlafstörungen, Essstörungen, sozialer Rückzug und auch aggressive Verhaltensweisen.

#### **4. Dimensionen fachlichen Betroffenseins**

##### **4.1. Aspekte der Behandlungsdynamik**

Im Folgenden werde ich die Situation skizzieren, in der wir uns vorfinden, wenn der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung aufscheint. Es geht dabei um das Betroffensein und die Bedingungen, die wir in unseren Einrichtungen erleben.

Schwere körperliche Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, und sexuellen Missbrauch in ihren gravierenden Auswirkungen sehen die Kollegen in der Pädiatrie. Informationen darüber werden schnell an Polizei, und/oder Jugendamt, weitergereicht.

In unseren kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen ist das anders. Haben die Kinder oder Jugendlichen eine längere Zeit verstörende Situationen im Umfeld ihrer ersten Bezugspersonen oder mit ihnen erlebt, verwandeln sie eigene Konflikte in Konflikte mit ihrer Umwelt. Alle behandelnden und betreuenden Personen werden mit der daraus folgenden Symptomlage konfrontiert und kommen in die Rolle eines Konfliktpartners.

Jedoch,

die Genese der zu behandelnden Probleme ist nicht immer von Konflikten herzuleiten, die Prognostik manchmal von Beginn an nicht positiv, bleibende oder lang anhaltende Beeinträchtigung ist bei manchen Diagnosen vorhersehbar.

Manchmal wird unsere Geduld strapaziert.

Die Symptome sollten doch verschwinden, Defizite sich auflösen, Erfolge der Behandlung sichtbar werden. Fragen tauchen auf. Wer überfordert unsere Geduld mehr, die Eltern oder die Kinder und Jugendlichen. Mit wem bin ich identifiziert, wechselt die Identifikation? Leide ich mit und muss mich moralisch empören, oder halte ich zu sehr an einer professionellen Distanz fest? – Die Mitarbeiter sind betroffen von der Dynamik eines Behandlungsfalles. Sie nehmen unterschiedliche Positionen ein, die auch von ihrer Profession und ihrem Aufgabenbereich herrühren können.

Taucht dann ein erster Verdacht auf Kindeswohlgefährdung auf, ist es wichtig, dass ein gemeinsames Ringen um ein Urteil Raum bekommt und dass die daraus folgenden Interventionen miteinander abgestimmt sind. Um Sicherheit im Urteil zu bekommen, benötigt es ein genaueres Beachten von Hinweisreizen, denen in zwei Richtungen Folge zu leisten ist:

Nach möglichen Erklärungen für – im Hinblick auf das Kindeswohl – unbedenklichen Erscheinungsformen und nach möglichen Anzeichen für die Erhärtung eines Verdachts einer Kindeswohlgefährdung. Dabei sind in einer Gefährdungseinschätzung Risiko und Schutzfaktoren gegeneinander abzuwägen. Zum Beispiel können gute verwandtschaftliche Beziehungen oder gut genutzte außerfamiliäre Interessen und Beziehungen Schutz bieten. Als Risikofaktoren können etwa körperliche und geistige Behinderungen gesehen werden. Suchtproblematiken in der Familie oder psychische Erkrankungen der Eltern können sich ungünstig auswirken. Jeder Fall bietet ein eigenes Konglomerat an Faktoren, die bedacht werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit für differierende Meinungen ist groß.

Es gibt Bedingungen die Entscheidungen für die Mitarbeiter schwer machen und die den Behandlungsprozess verlangsamen. Ich möchte einige benennen.

Die Aussprache eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung kann aus Angst den Behandlungskontrakt zu gefährden hinausgezögert werden und die Helferrolle will geschützt werden.

Werden vom Kind Affekte ausgewählt und different an Mitarbeiter kommuniziert, kann das Team gespalten werden, bereits bestehende Konflikte verstärken sich und stören bei der Entscheidungsfindung.

Wird die Aussprache der Kindeswohlgefährdung als Angriff auf das Familiensystem gesehen, können Affekte aus einem eigenen Loyalitätsbedürfnis dem System Familie gegenüber, andrängen.

Wenn Eltern moralisch verurteilt werden, ist es schwer gemeinsam Lösungswege zu finden.

Durch die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt können eigene Handlungsräume beschnitten werden. Grenzen der eigenen Behandlungsmöglichkeiten oder Frustrationen über Misserfolg müssen eingestanden werden.

Das Rollenverständnis einer Institution der Gesundheitsfürsorge kann geschützt werden vor dem Wechsel zur Rolle einer sozial kontrollierenden Institution.

Wenn der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung von einem Andauern einer misslichen Situation herrührt und nicht von einem akuten traumatischen Ereignis, dann ist es schwer den Zeitpunkt im Behandlungsprozess festzulegen, an dem Sorgeberechtigte mit dem Thema konfrontiert werden sollen, weil eine Weitergabe von Daten an das Jugendamt droht. Um hier mehr Handlungssicherheit zu bekommen ist ein Wissen der rechtlichen Bedingungen eine der Voraussetzungen.

#### **4.2. Rechtssituation**

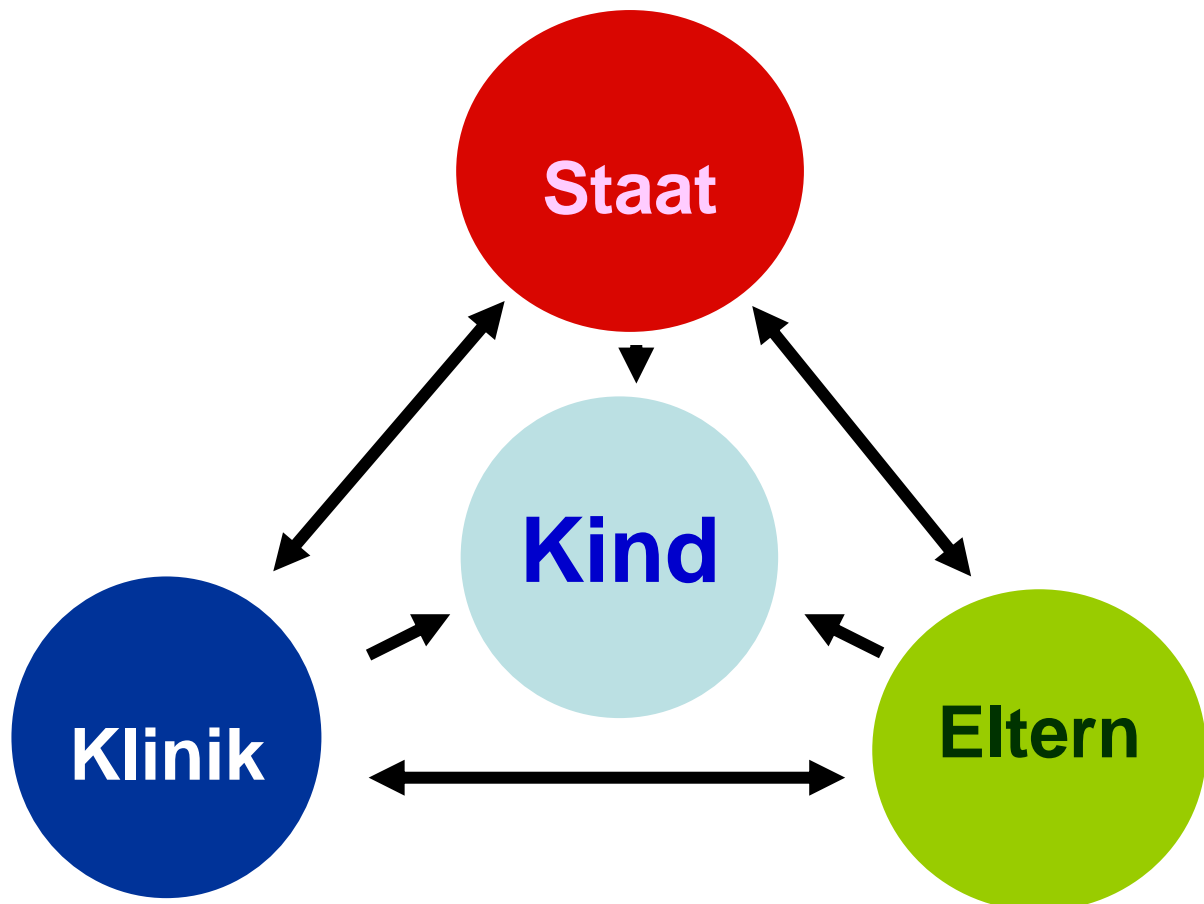
Wir haben für die komplexen rechtlichen Beziehungen und Verantwortungen im Vortrag 5 Minuten eingeplant – das ist natürlich vermessen und wird den Ansprüchen nicht gerecht. Trotzdem nun ein Versuch:

Um die Rechtsbeziehungen in einer Gefährdungssituation zu beschreiben möchte ich das Bild eines Netzes bemühen.

Ein Netz erfüllt seine Aufgabe, wenn jeder Knotenpunkt hält, aber es birgt die Gefahr dass man sich darin verstrickt oder es kann Löcher haben. Diese drei Dimensionen erkenne ich

auch für die Rechtssituation im Gefährdungsfall: Im Idealfall kennt jeder seine Verantwortung und die Grenzen dieser Verantwortung und nimmt sie wahr - es bildet sich eine Verantwortungskette. Im weniger idealen Fall gibt es gegenseitige Einmischungen oder die Verantwortung wird weitergeschoben. Es kommt zu einem Kompetenzgerangel oder es bilden sich sogenannte Delegationsketten.

Wir haben folgende vier beteiligten Gruppen im Gefährdungsfall: das Kind, seine Eltern (wenn ich übrigens Eltern sage denken Sie sich immer dazu: oder andere Sorgeberechtigten/Sorgeverpflichteten), den Staat und uns als Klinik.



### **Das Kind**

es ist - wie alle Menschen in unserem Land - in seiner Würde vom Grundgesetz geschützt- Das Kind hat (wörtlich) „ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ (dafür steht der §1631,2BGB), das ist ein Recht gegenüber seinen Eltern. Es hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. (dafür steht §1SGBVIII; ein Recht gegenüber dem Staat).

### **Die Eltern**

Die Familie steht unter dem besonderen grundgesetzlichen Schutz des Staates. Die **Beziehung der Eltern** zu ihrem Kind ist durch Art 6 GG geschützt. Dort steht: Die Eltern haben das Recht, aber auch die (wörtlich) „zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“ das Kind zu pflegen und zu erziehen, dazu gehört auch es zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen. (§1631BGB)



Pflege und Erziehung der Kinder werden im Grundgesetz als das natürliche Recht der Eltern bezeichnet und die zuvörderst ihnen obliegend Pflicht. Die staatliche Gemeinschaft wacht über die erzieherische Betätigung der Eltern, auch das steht im Art 6GG, man spricht in diesem Zusammenhang auch vom staatlichen Wächteramt.

### **Der Staat**

ist verpflichtet junge Menschen in ihrer Entwicklung zu fördern und ihre Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Menschen zu unterstützen. Dazu gehören alle präventiven Jugendhilfemaßnahmen. Weiter bietet er den Eltern Hilfe zur Erziehung: das ist insbesondere der Maßnahmenkatalog der „Hilfen zur Erziehung“ ab §27ff SGBVIII.

Für den Fall, dass das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes (oder sein Vermögen) gefährdet ist und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, kann der Staat in das Elternrecht eingreifen. Er kann Gebote oder Verbote aussprechen oder die elterliche Sorge teilweise oder ganz entziehen. Der staatliche Eingriff soll so gering gehalten werden wie erforderlich ist, um die Gefahr abzuwenden. (§1666BGB). Das Jugendamt hat im Falle des Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung eine Schutzaufgabe, sie wird im §8aSGBVIII detailliert beschrieben: das Jugendamt muss das Gefährdungsrisiko einschätzen, den Sorgeberechtigten passende Hilfen anbieten, ggf. das Familiengericht anrufen und es hat in diesem Zusammenhang –falls Gefahr im Verzug ist – weitreichende Kompetenzen (z.B die Inobhutnahme bei dringender Gefahr). Eingriffe in das Elternrecht sind dem Familiengericht vorbehalten.

### **Die Klinik**

**Was ist mit uns als Behandler?** Unsere Erstansprechpartner bleiben auch in dieser Situation die Eltern. Erst wenn durch sie keine Abhilfe geschaffen werden kann, wenden wir uns an das Jugendamt in seiner Rolle des staatlichen Wächters.

Wie sieht es in diesem Zusammenhang mit der ärztlichen Schweigepflicht aus? In Bayern schafft seit dem Jahr 2008 das Gesetz für Gesundheits- und Veterinärmedizin eindeutige Rechtssicherheit. Der Art 14 wurde um Satz 6 ergänzt. Er verpflichtet Ärzte, Hebammen und weitere Berufsgruppen dem Jugendamt Hinweise auf die Gefährdung eines Kindes anzuzeigen, wenn die Gefährdung nicht durch eigene Interventionen abgewendet werden kann. Die Strafandrohung des § 203 StGB für die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht hat auch vorher nicht gegriffen, da das Wohl des Kindes das eindeutig höhere Rechtsgut in der Abwägung zur Schweigepflicht darstellt. Das auf Bundesebene angekündigte Kinderschutzgesetz wird hier bundesweit Rechtssicherheit schaffen.

Langer Rede kurzer Sinn: wir haben nicht nur das Recht, sondern die Verpflichtung dem Jugendamt Mitteilung zu machen, wenn uns im Behandlungsverlauf Umstände bekannt werden, die das Wohl des Kindes gefährden, und wenn wir im Rahmen unserer Behandlung diese Gefahr nicht abwenden können.

Zum Schluss dieses kleinen rechtlichen Exkurses noch das Strafgesetzbuch: Viele Handlungen oder Unterlassungen, die das Wohl eines Kindes gefährden, sind strafrechtlich sanktioniert: Verletzung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht, Körperverletzung, Misshandlung Schutzbefohlener, sexueller Missbrauch, Nötigung und Vergewaltigung, unterlassene Hilfeleistung und Begehen durch Unterlassen.

### 4.3. Verbindliche Leitlinie im Falle des Verdachtes einer Kindeswohlgefährdung

(nehmen Sie sich bitte zum besseren Verständnis beim Lesen die Leitlinie aus der Anlage zum Vortrag zu Hilfe)

Was hat nun unsere Arbeitsgruppe getan?

Nachdem wir die wichtigsten Veröffentlichungen gesichtet hatten, war unser erstes Vorhaben für die Mitarbeiter durch eine Leitlinie bei nachgewiesener oder vermuteter Kindeswohlgefährdung Sicherheit zu schaffen. Hier sehen Sie das Ergebnis, das wir uns gleich im Detail anschauen werden. Die Leitlinie gilt für alle Berufsgruppen und für alle Bereiche: Stationen, Tagklinik und Ambulanz.

Wir haben den Prozess unterteilt in Beobachtungsphase, Koordinationsphase und Handlungsphase.

In der Beobachtungsphase

Hinweisreize auf Kindeswohlgefährdung werden  
wahrgenommen

die sich dadurch auszeichnet, dass von einem Mitarbeiter Hinweisreize wahrgenommen werden, gilt es ihm zu vermitteln wie er sich daraufhin zu verhalten hat.

Im Umgang mit dem Kind  
Kein Versprechen von  
Verschwiegenheit  
Kein suggestives Nachfragen

Gegenüber dem Kind: **keine Verschwiegenheit versprechen** – um keine Spaltung im Team zu schaffen und sich selbst als Geheimnisträger nicht zum hilflosen Helfer zu machen. und weiter: **kein suggestives Nachfragen** – Nachfragen führt manchmal zum Verstummen oder im Gegenteil zum fantasievollen Ausschmücken, um das Interesse des Fragenden zu bedienen.

Und auch ganz wichtig: Wenn das Kind Formulierungen von Erwachsenen übernimmt, um das Geschehen zu beschreiben, werden diese Aussagen im Falle eines Strafprozesses wertlos.

Vorerst Stillschweigen  
gegenüber den Eltern

Gegenüber den Eltern: hier wird vorerst Stillschweigen gewahrt. – das soll vor einer Überreaktion schützen, das Gespräch mit den Eltern wird erst nach der ersten Gefährdungseinschätzung geführt.

Ruhe bewahren  
Sorgfältige Dokumentation mit  
Unterscheidung Wahrnehmung/Wertung  
Information an den Fallführer

und schließlich das fachliche Verhalten im Team: Ruhe bewahren, sorgfältige Dokumentation mit Unterscheidung von Wahrnehmung und Wertung und die Information an den fallverantwortlichen Arzt oder Psychologen weitergeben. Diese Mitteilung kann mündlich erfolgen, sie kann aber auch schriftlich auf einem eigens dafür geschaffenen Dokument erfolgen, um den Mitarbeiter zu entlasten.

Es folgt die

### Koordinationsphase

In dieser Phase ist der fallverantwortliche Arzt/Psychologe der Hauptagierende. Er ist verpflichtet den Oberarzt/Facharzt hinzuziehen, er nimmt eine erste Einschätzung der Gefährdungs- und Schutzfaktoren vor und veranlasst gegebenenfalls weitergehende Untersuchungen; er kann Rücksprachemöglichkeiten nutzen (Fallbesprechung im Team, Intervision durch die Kinderschutzgruppe); erforderlichenfalls soll er eine vertiefte Anamnese oder Fremdanamnese durchführen und schließlich erfolgt die Dokumentation der Entscheidung und der Entscheidungsgründe. Auch für die Dokumentation der Gefährdungseinschätzung haben wir ein eigenes Dokument entwickelt, um sicherzustellen, dass die Gefährdungshinweise und die schützenden Faktoren benannt werden.

FF weiterer Koordinator/ Hinzuziehung zuständiger Oberarzt/Facharzt  
Erste Gefährdungs- und Sicherheitseinschätzung; ggf. weitergehende Untersuchung  
machen/veranlassen  
Rücksprachemöglichkeiten nutzen (Behandlungsteam/Kinderschutzgruppe)  
Vertiefte Anamnese/Fremdanamnese  
Entscheidung und Entscheidungsgründe dokumentieren

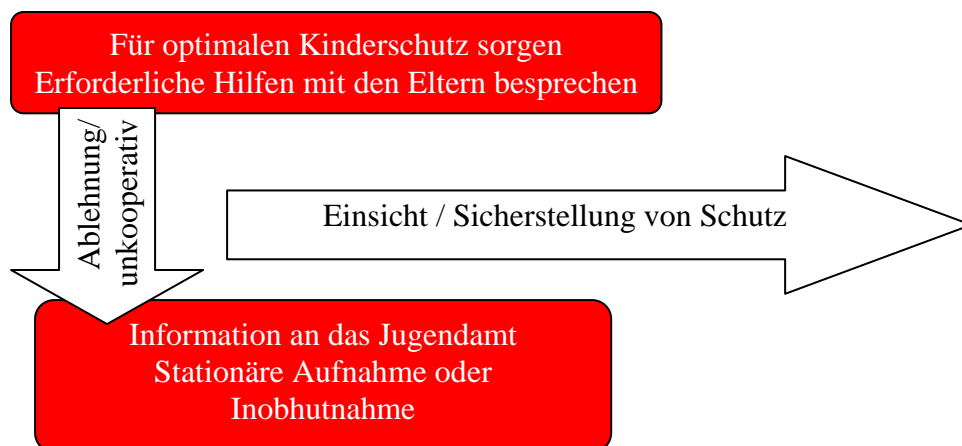
Die Entscheidung mündet in der

### Handlungsphase

Es sind drei unterschiedliche Vorgehensweisen möglich, die vom bestehenden Risiko für das Kind und bekannten und gesicherten Schutzfaktoren bestimmt werden.

#### Hohes Risiko/Geringer Schutz

Bei hohem Risiko und geringem Schutz ist es die Aufgabe für optimalen Kinderschutz zu sorgen und die erforderlichen Hilfen mit den Eltern zu besprechen. Im Fall, dass mit den Eltern **ein Konsens** über das weitere Vorgehen erreicht werden kann, werden die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet. Falls kein Konsens erreicht werden kann, die Eltern die Notsituation des Kindes nicht erkennen oder die Schutzmaßnahmen ablehnen, erfolgt eine Gefährdungsmittlung an das Jugendamt. In akuten Fällen kann angeboten werden das Kind stationär aufzunehmen (bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation) oder es wird eine Inobhutnahme durch das Jugendamt angeregt.



### unklares Risiko

Ein weiterer Handlungsstrang besteht in den Fällen, in denen eine Gefährdung unklar ist. Hier gilt es durch weitergehende Diagnostik das Bestehen einer Gefährdung zu klären.

Möglichkeiten hierfür sind Fremdanamnese im Kindergarten, in der Schule. Auf Station und in der Tagklinik kann der Beobachtungsbogen „besondere Vorkommnisse“ angeordnet werden. Mit den Eltern ist die Sorge um das Kind zu thematisieren. Auf Station bzw. in der Tagklinik ist eine Vertrauensperson für das Kind zu bestimmen – das gilt vor allem für die Fälle, in denen das Kind sich mit einer Mitteilung anvertraut hat. Es signalisiert „wir sorgen uns um dich“, es bündelt die Informationen und es hilft den Alltag für das Kind „normal“ zu halten, indem nicht alle Mitarbeiter die Gefährdung thematisieren.

Durch die Diagnostik kann sich der Verdacht erhärten, Eltern können sich im Gespräch abwehrend, unkooperativ zeigen, in diesen Fällen ist das Jugendamt über den Verdacht einer möglichen Kindeswohlgefährdung zu informieren. (vgl. Handlungsstrang 1) Wenn der Verdacht ausgeräumt werden kann oder wenn mit den Eltern der erforderliche Schutz erarbeitet werden kann, können passende Hilfen besprochen und initiiert werden, Eltern und/oder Kind können therapeutisch und beratend begleitet werden.

Weitergehende Diagnostik;  
Im Elterngespräch Thematisieren der Sorge  
Fremdanamnese bei KiGa, Schule;  
Beobachtungsbögen anordnen  
Vertrauensperson für das Kind bestimmen

Dieses Vorgehen entspricht auch dem dritten Handlungsstrang, wenn die Gefährdung als gering eingeschätzt wird und der Schutz hoch ist. Mit Eltern und Kind werden in Beratung und Therapie Veränderungen erarbeitet. Den Eltern wird ggf. empfohlen Hilfen des Jugendamtes zu beantragen.

Ggf. weitere Diagnostik  
Erforderliche Hilfen mit den  
Eltern besprechen  
Therap. Unterstützung für  
den Patienten

Resümee:

Die Kinderschutzgruppe empfiehlt das Gespräch mit den Eltern zusammen mit einem Kollegen zu führen, das kann die fachärztliche Leitung, ein Kollege aus dem ärztlich-therapeutischen Team oder ein Mitglied der Kinderschutzgruppe sein. Im Elterngespräch ist es eine besondere Herausforderung, aber auch unbedingt notwendig die Eltern wertschätzend in ihrer Elternverantwortung anzusprechen und gleichzeitig auf der Basis der eigenen Fachlichkeit deutlich zu benennen wodurch das Wohl und die Entwicklung des Kindes gefährdet ist.

Für das Team ist es wichtig wahrzunehmen, dass widerstreitende Meinungen wichtig und richtig sind – schließlich gilt es das Für und Wider einer voraussichtlich weitreichenden Entscheidung zu beleuchten.

## 5. Diagnostikinstrumente

Für die Arbeitsgruppe in unserer Klinik stellte sich, nachdem wir die Leitlinie entwickelt hatten, die Frage mit Hilfe welcher Instrumente können wir mögliche Gefährdungen erkennen beziehungsweise ausschließen. Von den in der Abteilung verwendeten Diagnostikinstrumenten schätzten wir die folgenden als die wirkungsvollsten ein.

### 5.1. Die Körperlich-neurologische Untersuchung

Sie wird bei allen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen regelhaft zu Beginn durchgeführt.

Wenn während der Behandlung der Verdacht auf einen körperlichen Übergriff auftritt, wird eine weitere körperliche Untersuchung gemacht. Die Ärzte dokumentieren Auffälligkeiten, die auf körperliche Misshandlung hinweisen, an einem Ganzkörperschema (Adaption nach KSG UK Bonn), zusätzlich kann fotodokumentiert werden. Falls erforderlich stehen uns alle diagnostischen Möglichkeiten der Pädiatrie zur Verfügung.

### 5.2. Elternbelastungsscreening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)

Das ist ein Fragebogen, der von den fallverantwortlichen Ärzten und Psychologen verwendet wird. Seine hohe Bedeutung liegt darin begründet, dass elterliche Belastung eine hohe Korrelation mit körperlichen Übergriffen, aber auch seelischen Misshandlungen hat. Gleichzeitig geben die Ergebnisse des Screenings sehr gute Anhaltspunkte für die therapeutische und beratende Arbeit mit den Eltern. Er ist ein schnell durchzuführender Test, der eine erste Orientierung über das Risiko bietet. (Die 63 Fragen sind in etwa 10 Minuten von den Erziehungsberechtigten auszufüllen, die Auswertung ist sehr gut evaluiert.)

### 5.3. Achse V- Interview

Damit haben wir ein sehr umfangreiches Diagnostikum, das alle Belastungen der Achse V abfragt. Es wird bevorzugt in Auszügen verwendet, um ein spezifisches Gefährdungsmerkmal abzuklären. Es bietet für jedes Kriterium, das auf der Achse V verschlüsselt werden kann, einen dazu passenden Fragekatalog.

#### 5.4. Die Sozialpädagogische Diagnosetabelle!

Dies ist ein Instrumentarium das vom Bay. Landesjugendamt für den Sozialdienst der Jugendämter empfohlen ist, unser Sozialdienst verwendet es ebenfalls. Die Tabelle liegt auch in einer Kurzversion vor, die die psychosoziale Situation der Familie erfragt und daraus resultierende Gefährdungspotentiale. Die ausführliche Version ist geeignet körperliche und seelische Vernachlässigung zu überprüfen. Ihre Besonderheit ist, dass sie für alle erfragten Items konkret benennt welche Verhaltensweisen ein Risiko darstellen, und welche Verhaltensweisen eine passende, ausreichende Versorgung und Erziehung darstellen. Seine Ergebnisse stellen eine gute Grundlage für beratende Gespräche oder für zu empfehlende weitergehende Hilfen dar.

#### 5.5. Beobachtungsbogen „besondere Vorkommnisse“

nun kommen wir zu den Instrumentarien, die auf Station verstärkt eingesetzt werden. Der Beobachtungsbogen „besondere Vorkommnisse“, ein abteilungsinternes Dokument, wurde von der Kinderschutzgruppe dahingehend verfeinert, dass gemachten Beobachtung einer Gefährdungsart zugeordnet werden können. Der Bogen kann vom Arzt oder Psychologen angeordnet werden, er kann aber auch aus eigener Initiative vom Pflege- und Erziehungsdienst angelegt werden. Die Aufzeichnungen sind Grundlage für das beratende Gespräch mit den Eltern. Falls eine Gefährdungsmeldung ans Jugendamt erforderlich wird, bieten sie eine Zusammenfassung der wichtigsten Beobachtungen.

#### 5.6. Hausbesuch

er wird regelhaft bei allen stationären und teilstationären Behandlungen durchgeführt, bei ambulanten Behandlungsfällen ist er bei besonderen Fragestellungen möglich. Vorhandene Ressourcen oder Mängel erkennen wir manchmal beim Hausbesuch genauer, als wir sie von Eltern geschildert bekommen oder erfragen. Tagesstruktur, die familiären Grenzen, die materielle Versorgung und die häusliche Atmosphäre können wir durch eigenes Sehen und Erleben deutlicher nachvollziehen.

Häufig verhält sich das Kind in der vertrauten häuslichen Umgebung anders als in der stationären Situation.

Wichtig beim Hausbesuch ist ebenso wie bei allen beratenden und therapeutischen Kontakten auf Station der respektvolle, wertschätzende Umgang mit den Eltern, weil der Hausbesuch für sie häufig eine belastende Situation darstellt.

#### 5.7. Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung

hierzu zählen die Situationen beim Abholen und beim Bringen der Kinder am Wochenende, bei Besuchen auf Station und in den gemeinsamen Beratungs- und Therapiestunden.

Sehr selten wird eine gezielte Eltern-Kind-Interaktion zur reinen Beobachtung angeordnet.

### **6. Quellenangaben**

Die Literatur zum Thema Kindeswohlgefährdung – Kindesmisshandlung – sexueller Missbrauch von Kindern ist sehr umfangreich.

Diese Quellen waren uns für unsere Arbeit am ergiebigsten:

Die Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie.

Kindlers Handbuch Kindeswohlgefährdung

Und die Handreichung schützen, helfen, begleiten des Bay. Landesjugendamt

Danke für Ihr Interesse
-------------------------

