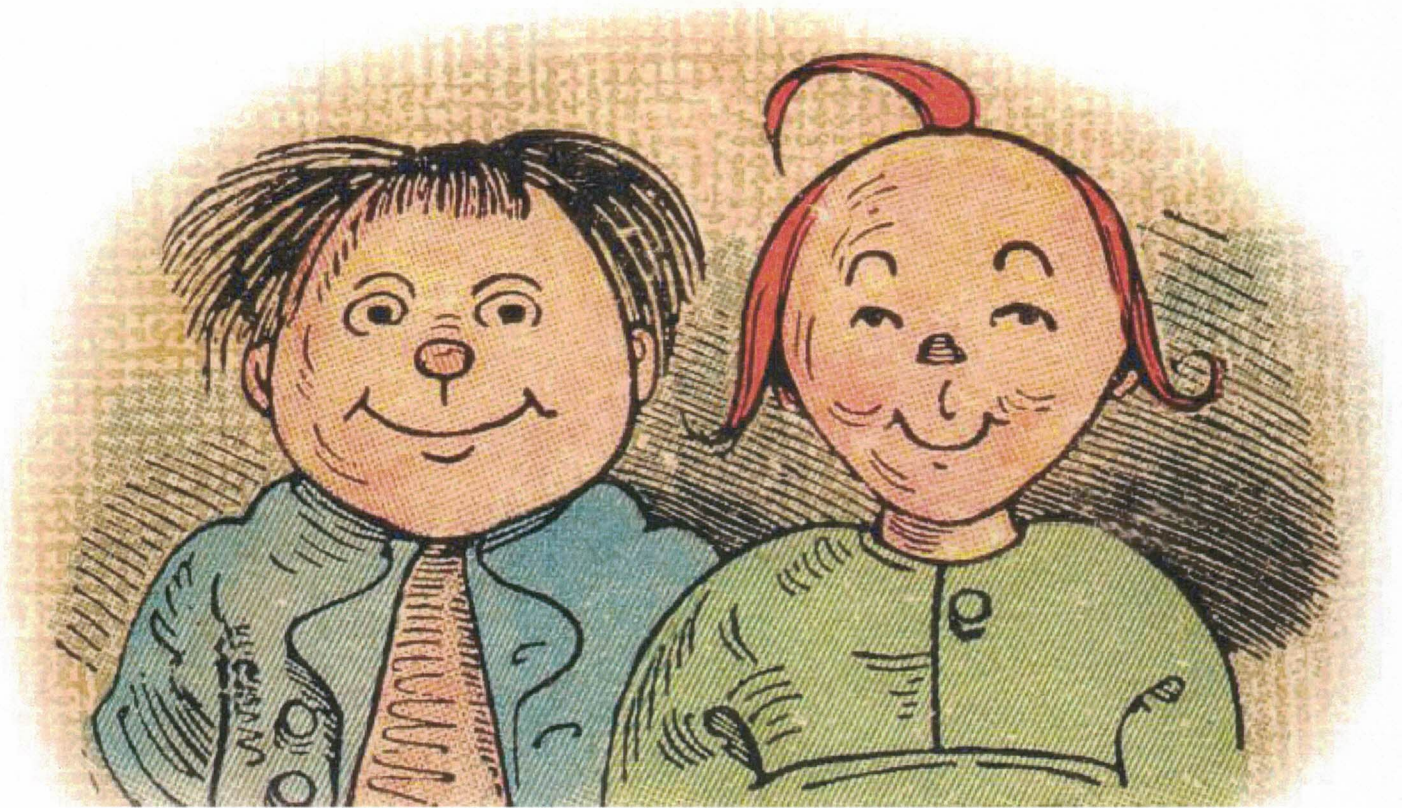




AG - KiM

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin



Medizinischer Kinderschutz im Spannungsfeld der Gesellschaft

2. Jahrestagung der AG - KiM

11. und 12. Juni 2010, Haus der Region, Hannover, Hildesheimer Str. 20

*Eine gemeinsame Veranstaltung mit der Ärztekammer Niedersachsen unter Schirmherrschaft
der Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit*

1. Grußworte

Dr. med. Thorsten Wygold, MBA
Kongresspräsident und 2. Vorsitzender der AG-KiM
Chefarzt Ambulanz- und Aufnahmezentrum
Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover



Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

herzlich willkommen zur 2. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG-KiM) in Hannover. Wir können heute mit Stolz feststellen, dass sich in den 2 Jahren ihres Bestehens die Arbeitsgemeinschaft zu einer respektierten Interessensvertretung von im Kinderschutz tätigen Ärztinnen und Ärzten entwickelt hat.

Vieles wurde seit Gründung der AG-KiM in Deutschland zum Thema Medizinischer Kinderschutz erreicht – beispielsweise angefangen vom Lehrbuch, das unter Bernd Herrmann als Herausgeber die Quintessenz des aktuellen Wissens um Diagnostik und Vorgehen bei der Abklärung von Verdachtsfällen zugefügter Gewalt darstellt, über verbindliche Kooperationsvereinbarungen, die mittlerweile in einigen Kommunen und Regionen zwischen medizinischen Institutionen und Jugendhilfe abgeschlossen wurden, hin zu ersten Ansätzen systematischer Forschung im Bereich des medizinischen Kinderschutzes. Die Aktivitäten der Mediziner im Kinderschutz und damit auch der AG-KiM wurden dabei von einem freundlichen öffentlichen und politischen Interesse begleitet. Aber wie in anderen Projekten auch, scheint sich jetzt, 2 Jahre nach Gründung der AG-KiM, die anfängliche Euphoriephase ein wenig zu erschöpfen. Es erscheint zunehmend schwerer zu werden, Kinderschutz in den Kliniken und Praxen aktiv zu betreiben. Gründe dafür sind die hohe Arbeitsverdichtung und die immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen. Und, auch das muss an dieser Stelle deutlich gesagt werden, medizinischer Kinderschutz kann zur Zeit weder im ambulanten noch im stationären setting auch nur annähernd kostendeckend abgebildet werden und ist damit, ökonomisch gesehen, als ein medizinischer Schwerpunkt für einen Träger unattraktiv.

Diese Erschwernisse dürfen aber kein Anlass zur Resignation sein. Ich möchte Sie bestärken, in Ihrem Engagement für den Kinderschutz nicht nachzulassen, aber auch dazu ermutigen, neben der täglichen praktischen Arbeit nunmehr auch konkrete Forderungen an die Gesundheits- und Sozialpolitik der Länder und des Bundes zu stellen. Prävention und Beratung im Kinderschutz müssen angemessen bezahlt werden und sind dann immer noch kostengünstiger als die Behandlung misshandelter und vernachlässigter Kinder und zerrütteter Familiensysteme. Diese Rechnung gilt gleichermaßen für Medizin und Jugendhilfe. Gerade jetzt im Angesicht der aktuellen Sparbeschlüsse der Bundesregierung müssen wir deutlich darauf hinweisen, dass wir Gefahr laufen, durch weitere Einsparungen im Sozial- und Gesundheitsbereich potentiell gefährdete Familiensysteme zu zerstören. Und deren Zahl nimmt in Deutschland ohnehin scheinbar unaufhaltsam zu.

Der Kongress beschäftigt sich mit dieser sozialpolitischen Frage, aber auch mit weiteren, mehr klassisch-medizinischen Schwerpunkten. Ich wünsche uns allen spannende, auch polarisierende Vorträge, lebhaftige Diskussionen und ein nachhaltiges Gehör bei den Entscheidungsträgern,

Ihr Thorsten Wygold

**Hauke Jagau,
Präsident der Region Hannover**



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Rolle des Kindes in der Gesellschaft hat sich im Verlauf der Geschichte deutlich gewandelt. Bis Mitte des 18. Jahrhunderts wurden Kinder und Jugendliche wie kleine Erwachsene behandelt. Erst vor rund 250 Jahren hat man begonnen, Kinder mit ihren ganz eigenen Bedürfnissen wahrzunehmen. Dazu gehört auch, ihnen einen besonderen Schutz zuzubilligen.

Heute ist uns das zum Glück bewusst. Dennoch erleben wir immer wieder Fälle, in denen Kindern dieser Schutz nicht gewährt wird. Die jüngsten Offenbarungen über sexuellen Missbrauch und Missbrauch allgemein von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die eigentlich eine behütende Funktion haben sollten, führt uns das nur allzu deutlich vor Augen. Häufig ist das Trauma, das die Betroffenen erleiden, so groß, dass sie erst Jahrzehnte später über ihre Erfahrungen sprechen können.

Gewalt war jahrhundertlang ein akzeptiertes Mittel der Erziehung. Der Film „Das Weiße Band“, der in diesem Jahr in den Kinos lief, verdeutlicht die Mechanismen von Demütigung und Erniedrigung auf erschütternde Weise. Solche Muster, die über Jahrhunderte erprobt wurden, sind nur schwer zu durchbrechen. Nach wie vor steckt unsere Gesellschaft in einem Lernprozess, was das betrifft. Doch wer Gewalt gegen Kinder toleriert, fördert Gewaltbereitschaft allgemein. Denn Menschen, die in frühen Jahren durch Schläge und Demütigungen seelisch beschädigt werden, haben wenig Chancen, zu einer gestärkten Persönlichkeit heranzuwachsen. Und allzu leicht werden Opfer später zu Tätern.

Unser aller Anliegen muss es sein, jedem Kind in unserer Gesellschaft Gewalt- und Missbrauchserfahrungen zu ersparen und Anzeichen solcher Vorkommnisse früh zu erkennen. Die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin wirkt an dieser Aufgabe mit. Ich danke Ihnen dafür und wünsche Ihnen bei Ihrer Arbeit weiterhin viel Erfolg – im Interesse der Kinder, aber auch unserer gesamten Gesellschaft.

**Thomas Walter,
Jugend- und Sozialdezernent
der Landeshauptstadt Hannover**



Sehr geehrte Damen und Herren,

Kindesmisshandlung ist keine eigentliche Erkrankung im engeren Sinne. Neben den körperlichen, behandelbaren Verletzungen und den Folgen einer Mangelversorgung kommen jedoch regelmäßig eine Vielzahl psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen dazu. Sie sind mit erheblichem seelischen Leiden, Kränkungen und belasteten individuellen Lebensläufen verbunden und hinsichtlich der psychischen Gesundheit mit einer ungünstigen Prognose verknüpft.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit. Konsequenterweise sieht sie gerade die Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, die von Misshandlung und Vernachlässigung betroffene Kinder und Jugendliche zu identifizieren und ihren Schutz sowie eine geeignete Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern.

Mit dieser Jahrestagung wird nachdrücklich das Anliegen unterstrichen, den Kinderschutz zu qualifizieren und auszubauen. Die Forderung nach einem multiprofessionellen Kinderschutzsystem weist darauf hin, dass die Medizin / das Gesundheitswesen Partner für die psychosoziale Unterstützung und Hilfe für die betroffenen Kinder und deren Familien braucht, die verlässlich und effektiv miteinander kooperieren.

Die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe ist die Ansprechpartnerin für alle Aspekte, die die Förderung, die Erziehung und den Schutz von Kindern und Jugendliche betreffen.

Die Landeshauptstadt Hannover hat in den letzten Jahren vielfältige Anstrengungen unternommen, um einerseits das gesunde Aufwachsen von Kindern zu unterstützen und zu befördern, andererseits auch ihrem Schutzauftrag nachzukommen, Kindeswohlgefährdungen zu erkennen und zu verhindern.

Hierzu zählt z.B.:

- ...dass die Landeshauptstadt Hannover durch die Einrichtung eines Familienservicebüros, durch die Gründung von inzwischen 19 Familienzentren und vielen anderen Maßnahmen viel Kraft in die Förderung von Familien, in die Bereitstellung von frühkindlicher Bildung und Erziehung investiert und unterstreicht so die Wichtigkeit, ein gesundes Aufwachsen von Kindern zu fördern.
- Mit dem „Hannoverschen Weg“ sind Perspektiven beschrieben, wie insbesondere von Armut betroffene Kinder teilhaben können an Kultur, Bildung und sozialer Integration.
- Die Einbeziehung aller Träger, die in der Region Hannover mit Kindern und deren Familien arbeiten, zu einer Verantwortungsgemeinschaft für den Kinderschutz. Eine Rahmenvereinbarung verpflichtet alle, Gefährdungen für das Kindeswohl zu erkennen, abzuschätzen und notwendige Hilfen anzubieten.
- ...der kommunale Sozialdienst des Fachbereichs Jugend und Familie der Landeshauptstadt als Schaltstelle für die Hilfeplanungsprozesse, die Beratung und Unterstützung für Kinder und deren Eltern bereitstellen. Als dritte Aufgabensäule ist gemäß dem staatlichen Wächteramt der Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung hier verortet. Im Falle einer möglichen Kindeswohlgefährdung wird sichergestellt, dass nach einer raschen Abklärung und der Einschätzung des Gefährdungsrisikos die notwendigen Schritte zur Unterstützung und zum Schutz eingeleitet werden.
- ... und nicht zuletzt die Gründung des „Koordinierungszentrums Kinderschutz- Kommunales Netzwerk Früher Hilfen“, ein wichtiger Baustein an der Schnittstelle zwischen der Medizin und der Jugendhilfe. Das Modellprojekt, initiiert durch das Land Niedersachsen, will durch eine enge Verzahnung der beiden Bereiche und durch die Entwicklung von verlässlichen Kooperationsstrukturen den Kinderschutz weiter qualifizieren. Eine funktionierende Netzwerkarbeit soll dazu beitragen, Gefahren frühzeitig zu erkennen und adäquate Hilfen bereitzustellen.

Für diese Tagung wünsche ich Ihnen gute Anregungen und Impulse, damit das Problembewusstsein für Kindesvernachlässigung und Misshandlung bei allen Fachkräften weiter gestärkt und die Vernetzung unterschiedlicher Hilfesysteme zum Wohle der Kinder vorangetrieben wird.

Dr. med. Gisbert Voigt
Kinderarzt
Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen
Melle



Sehr geehrte Damen und Herren,

Kinderschutz hat auch in der Medizin eine hervorragende Bedeutung. Zum einen benötigen wir das Expertenwissen derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich im Kinderschutz engagieren, um Verdachtsfälle mit hoher Qualität medizinisch abzuklären. Zum anderen kommt den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, ob als Kinderarzt oder Hausarzt, eine Wächterfunktion zu, die erfordert, dass erste körperliche Hinweise auf erlittene Gewalt zuverlässig erkannt werden und dazu führen, dass diese Verdachtsfälle den Kinderschutzexperten zur weiteren Abklärung zugeführt werden.

Beide, Experten und Erstversorger, sind und auf eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit miteinander und mit der Jugendhilfe angewiesen. Daher sind Vernetzung und Informationsaustausch innerhalb dieser Gruppen wichtig und die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zum Wohle des Kindes.

Die gemeinsame Veranstaltung der AG-KiM und der Ärztekammer Niedersachsen greift diese Forderung auf. Themenschwerpunkte sind Austausch von Expertenwissen, Unterstützung für niedergelassene Kollegen und Modelle der Zusammenarbeit mit nicht-medizinischen Institutionen, die sich im Kinderschutz engagieren.

Seitens der Ärztekammer Niedersachsen haben Fortbildungsveranstaltungen im medizinischen Kinderschutz eine bereits mehrjährige Tradition. Darauf bin ich als Kinderarzt und Vizepräsident dieser Kammer stolz.

Ich wünsche der Veranstaltung ein gutes Gelingen und Ihnen eine spannende und stimulierende Tagung.

Aygül Özkan
Ministerin für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration
des Landes Niedersachsen



Kinder sind unser wertvollstes Gut – und unsere Zukunft. Sie haben Anspruch auf optimale Entwicklungsvoraussetzungen. Liebevoller und verantwortungsvoller Erziehung und der Schutz von Kindern vor Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung sind in erster Linie Aufgabe der Eltern. Wenn aber Kinder trotzdem in Gefahr geraten, muss die staatliche Gemeinschaft schnell und zuverlässig reagieren.

Die niedersächsische Landesregierung hat zu diesem Zweck in den vergangenen Jahren ein umfassendes Kinderschutzkonzept ins Leben gerufen. Zwei Kinderschutz-Zentren und 19 Beratungsstellen sind die Grundmauern. Unterschiedliche Modellprojekte und Aktivitäten ergänzen die Hilfsangebote.

Ein wichtiger Baustein ist zum Beispiel das verbindliche Einlade- und Meldewesen, das zum 1. April 2010 in Kraft getreten ist. Die regelmäßigen Untersuchungen sollen vor allem dabei helfen, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Damit wollen wir allen Kindern die Chance geben, gesund und unbeschwert aufzuwachsen.

Ein weiterer Baustein ist das auf vier Jahre angelegte Modellprojekt „Koordinierungszentren Kinderschutz – Kommunale Netzwerke Früher Hilfen“. Wenn Kinder in Gefahr sind, müssen alle Beteiligten schnell, verbindlich und verlässlich reagieren. Die bisher an vier Modellstandorten getroffenen Vereinbarungen zeigen, dass es möglich ist, riskante Lebenssituationen von Kindern und Familien frühzeitig zu erkennen, wenn Städte und Gemeinden, Jugendämter und Akteure des Gesundheitswesens Hand in Hand arbeiten.

Auch im Bereich der Prävention hat Niedersachsen wichtige Hilfsangebote geschaffen. Mit insgesamt rund 220 Familienhebammen liegt Niedersachsen im Bundesvergleich an der Spitze. Wir arbeiten daran, dass in Kürze die erste Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung an den Start gehen kann. Ebenfalls ein Modellprojekt zur frühen Prävention ist die Zusammenarbeit des Landes mit der Stiftung „Pro Kind“. Erstgebärende Schwangere in schwierigen finanziellen und sozialen Verhältnissen und ihre Familien erhalten Hilfen von Hebammen und Familienhelferinnen – vom fünften Monat der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und informative Tagung in unserer niedersächsischen Landeshauptstadt. Ihr fachlicher Rat ist für uns und das Wohl unserer Kinder auch weiterhin unverzichtbar.

Dr. med. Bernd Herrmann
1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin (AG-KiM)



Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ein belastendes und leider noch zu oft mit fachlichen Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht hier durch professionelles Handeln zu helfen. Durch das Ausmaß an individuellem Leid, Kränkungen und teils schwersten seelischen Schädigungen kommt es zu stark belasteten Lebensläufen. Das wiederum setzt sich in vielfältigen Formen zwischenmenschlicher, häuslicher und öffentlicher Gewalt in unserer Gesellschaft fort. Die fachliche Auseinandersetzung damit ist für alle Ärzte und medizinischen Einrichtungen, die Kinder versorgen, zwingend notwendig und von großer gesellschaftlicher Bedeutung.

Ärzte, die mit einer möglichen Misshandlung konfrontiert sind, empfinden ihre Rolle nicht selten als Gratwanderung zwischen einer Unter- und Überdiagnose. Beides kann zu verheerenden Konsequenzen für die nicht diagnostizierten Opfer bzw. andersherum für zu Unrecht beschuldigte Eltern führen. Professionelles ärztliches Handeln bedeutet somit eine hohe Verantwortung. Es erfordert fachlich solides, fundiertes Wissen und die Kenntnis von Handlungspfaden und Interventionsmöglichkeiten aber auch der rechtlichen Rahmenbedingungen. Aufgrund der Komplexität der meisten Fälle ist eine multiprofessionelle Kooperation unabdingbar. Diese Kooperationen beginnen häufig bereits innermedizinisch, durch das Zusammenbringen der Expertise unterschiedlicher Fachrichtungen. Dies erfordert die Zusammenarbeit von auf dem Gebiet erfahrenen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- oder Unfallchirurgen, Rechtsmedizinern, (Kinder-) Radiologen, Augenärzten, (Kinder-)Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderpsychologen, aber auch Mitarbeitern aus der Pflege, Kinderpsychologie und dem Sozialdienst.

In Deutschland gibt es nach wie vor deutliche Defizite in wissenschaftlicher Forschung und Lehre somatischer Befunde. Ausgenommen davon ist eine Reihe von engagierten Rechtsmedizinern. Die Möglichkeit, sich bei der fachlichen Beurteilung von Gewaltopfern rechtsmedizinisch konsiliarisch beraten zu lassen, sollte wo möglich genutzt werden. Diese können aber erst, wenn sie denn regional überhaupt verfügbar sind, involviert werden, wenn zumindest ein Verdacht entstanden ist und diesem nachgegangen wird. Dennoch ist es dringend erforderlich, dass sich vor allem Kinderärzte und Kinderchirurgen mit den Grundlagen einer klinischen „Misshandlungsmedizin“ beschäftigen und die Verantwortung für den Schutz ihrer Patienten nicht wegdelegieren.

Nach vielen mühsamen Jahren scheint der lange Zeit schwerfällige „Zug des medizinischen Kinderschutzes“ allmählich deutlich Fahrt aufzunehmen, erfreulicherweise mit vielfältigen Facetten der Wissenschaft, Kongressen, Veröffentlichungen, Fachbüchern, Gremienarbeit, Leitlinien, Kinderschutzgruppen etc., also auf breiter Front. Ärzte in Kliniken sind gefordert, ihrer Verantwortung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt gerecht zu werden. Dazu muss es unseres Erachtens an jeder Klinik, die Kinder medizinisch versorgt, als fachlichen Standard ein den lokalen Strukturen angepasstes Vorgehen bei Kindeswohlgefährdungen geben. Dieses sollte ein strukturiertes, verbindliches Vorgehen mit entsprechender leitliniengerechter Diagnostik und Dokumentation und die Etablierung einer Kinderschutzgruppe umfassen. Entsprechende Empfehlungen werden von der AG KiM derzeit vorbereitet.

Ich danke Thorsten Wygold und seinen Mitarbeitern für die Gestaltung des vielfältigen, spannenden und engagierten Programms der bevorstehenden Tagung. Ich danke auch für die großen Mühen und unendlich viele Arbeit im Vorfeld, die eine solche Veranstaltung –unsichtbar für die Teilnehmer – bedeutet. Und ich freue mich, dass wir mit der 2.Jahrestagung unserer Arbeitsgemeinschaft bereits eine kleine Tradition im medizinischen Kinderschutz aufweisen. Ich wünsche eine fruchtbare und spannende Tagung, gute Diskussionen und Fortschritte auf dem Weg zu einem besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt.

2. Tagungsprogramm

Freitag, 11. Juni 2010

14.00 - 16.00 h Workshops

- WS 1:** Spurenasservierung und -dokumentation (A. Debertin, T. Rothämel, Hannover) Raum 603
- WS 2:** Suggestivfragenfreie Anamneseerhebung (M. Noeker, Bonn) Raum 602
- WS 3:** Übungen in der Kolposkopie (M. Domanetzki, H. Gantzer, Hannover) Fachbereich Gesundheit, Weinstr. 2-3
- WS 4:** Qualitätssicherung und Prozessqualität im Kinderschutz (H. Voßschulte, Hannover) Raum 601
- WS 5:** abgesagt
- WS 6:** Kooperation Medizin - Jugendhilfe (C. Amme, E. Schwarz, Hannover) Raum 225

14.00 - 16.00 h Vorstandssitzung AG-KiM (Raum 112)

16.30 - 17.00 h Kongresseröffnung durch den Kongresspräsidenten

Grußworte des Regionspräsidenten, Herrn H. Jagau, des Jugend- und Sozialdezernenten der Landeshauptstadt Hannover, Herrn T. Walter, der Leiterin des Referats Kinderschutz im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Frau H. Kofahl-Langmack, des Vizepräsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, Herrn Dr. G. Voigt und des 1. Vorsitzenden der AG Kinderschutz in der Medizin, Herrn Dr. B. Herrmann

17.00 - 19.30 h Hauptvorträge 1 + 2, vorgezogener Vortrag zum Thema "Frühe Hilfen" (Vorsitz Franke, Bonn und v. Bismarck, Berlin)

- 17.00 - 18.00 h Die Stellung des Kindes in Medizin, Gesellschaft und Kultur - vergangene Erfahrungen, gegenwärtige Herausforderungen (v. Engelhardt, Lübeck)
- 18.00 - 19.00 h Resilienz und Salutogenese nach Misshandlung (Holtmann, Hamm)
- 19.00 - 19.30 h Familienhebammen als Beitrag zu frühen Hilfen im Kinderschutz (Windorfer, Hannover)

20.00 h Get together in der „Ständigen Vertretung“, Friedrichswall 10, Hannover (Selbstkosten!!)

PD Dr. med. Annette Debertin
Dr. med. Thomas Rothämel
Institut für Rechtsmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Workshop 1: Spurensicherung und – dokumentation

Die versierte, forensisch verwertbare Spurensicherung und –dokumentation erfordert besondere Sorgfalt. Das Procedere für eine gerichtsverwertbare Spurensicherung wird dargestellt. Vorgestellt wird das rechtsmedizinische Vorgehen zur Dokumentation von Formspuren wie Verletzungen, geformter Hämatome etc. mit Verwendung von entsprechenden Dokumentationsbögen und Hinweisen zur schriftlichen Dokumentation und Fotodokumentation. Besondere Aufmerksamkeit wird darüber hinaus auch der Sicherung von biologischen Spuren, wie Vaginal-, Anal- und Oralabstrichen, Abstrichen für DNA-Untersuchungen, Sicherungen für biologische Flüssigkeiten wie Blut, Sperma und Speichel sowie weiterem Spurenmaterial wie z.B. Fingernägeln, Haaren Fremdanhaftungen etc. gewidmet. Die besonderen Anforderungen an die Asservate und die entsprechende Dokumentation der Spuren werden ausführlich erörtert und anhand von Fallbeispielen dargestellt.

Carsten Amme
Kommunaler Sozialdienst der Landeshauptstadt Hannover
Elisabeth Schwarz
Fachbereich Jugend der Region Hannover

Workshop 6: Kooperation Medizin - Jugendhilfe
Wie lässt sich eine gelingende Kooperation gestalten?
„... eine Brücke bauen / Übergänge schaffen ...“

Der Kinderschutz in Deutschland hat in den vergangenen Jahren auf mehreren Ebenen an Fahrt zugenommen.

Die Kinder- und Jugendhilfe hat aufgrund neu geschaffener bzw. ergänzter gesetzlicher Rahmenbedingungen ihre Verfahren überprüft und aktualisiert, das Gesundheitswesen / die Medizin hat sich verstärkt an den Diskussionen beteiligt - und eigene Positionen im Kinderschutz entwickelt. Eine zentrale Voraussetzung für einen gelingenden Kinderschutz ergibt sich aus der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Die Aufgabe der Zukunft besteht darin, ausgehend von der eigenen Institutionen und den internen Handlungsabläufen verstärkt die Kooperation mit anderen Professionen und Fachdiensten zu suchen.

Hier sind alle Professionen aufgefordert, bisherige Kooperationen zu überprüfen, neue Wege der Kooperation mit anderen Fachkräften und -diensten zu entwickeln; und mit diesen gemeinsam die „gesamtgesellschaftliche Aufgabe des Kinderschutzes“ wahrzunehmen. Dazu gehört auch, nicht nur bei gelingender Kooperation, sondern auch (bzw. vor allem) bei ‚Stolpersteinen‘ in der Kooperation weiter miteinander im Kontakt zu bleiben.

Ziel ist ein Kinderschutz, der die verschiedenen Bausteine miteinander verbindet und dadurch eine Fachlichkeit schafft, die den Schutz von Kindern und Jugendlichen wirksam ermöglichen kann. Dazu braucht es in den verschiedenen Professionen Fachkräfte bzw. Menschen, die - mit einer wohlwollenden und wertschätzenden Haltung - in der Lage sind, den Kontakt zu den betroffenen Familien auch in schwierigen Situationen zu halten, Konflikte zu riskieren und Gefährdungsmomente eindeutig zu benennen, dabei als Ansprechperson für die Familie präsent zu bleiben sowie alles zu versuchen, die Kompetenzen der Beteiligten zu stärken.

In diesem Workshop werden zunächst anhand einer Präsentation die Grenzpunkte einer gelingenden Kooperation aufgezeigt, um sich in einer anschließenden Diskussion - an der jeweiligen Arbeitsrealität orientiert - zu den Möglichkeiten und Grenzen einer Kooperation auszutauschen.

Der Referent ist als Fachberater im Kommunalen Sozialdienst des Fachbereiches Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover tätig. Er wird in seiner täglichen Arbeit auf mehreren Ebenen mit diesem Thema konfrontiert: in der Beratung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in der Entwicklung von Standards in der Bearbeitung entsprechender Einzelfälle und im Aufbau entsprechender Kooperationsstränge mit anderen Fachdiensten und Institutionen.

Die Referentin ist als Teamleiterin des Teams Jugendhilfeplanung im Fachbereich Jugend der Region Hannover tätig. Im Rahmen der Entwicklung von Standards für die Arbeit des Sozialen Dienstes in Bezug auf den Schutzauftrag und des Aufbaus von Vernetzungsstrukturen mit den Fachdiensten der Region Hannover und anderen Institutionen ergibt sich für die Referentin eine regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Thema „gelingende Kooperation“.

**Univ.-Prof. Dr. phil.
Dietrich v. Engelhardt
emerit. Direktor des Instituts
für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung
der Universität zu Lübeck**



Die Stellung des Kindes in Medizin, Gesellschaft und Kultur - vergangene Erfahrungen, gegenwärtige Herausforderungen

Das Kind ist in Gesundheit und Krankheit ein Grundthema der Geschichte und Kultur – in der Realität, in der Medizin, in der Literatur und den Künsten, in der Philosophie und Theologie. „Infans“ heißt das Kind in der lateinischen Sprache, weil es nicht sprechen oder genauer nicht für sich selbst sprechen kann und damit auf Verantwortung und Entscheidungen der Eltern, der Ärzte und der Gesellschaft fundamental angewiesen ist.

Literatur und Künste können mit ihren Darstellungen und Deutungen wesentliche Anregungen für eine bessere Kenntnis und ein besseres Verständnis geben – und auf diesem Wege auch zu einem humaneren Umgang mit dem gesunden, kranken und sterbenden Kind beitragen.

Das Kind wird in Antike und Mittelalter ambivalent beurteilt. Im Blick auf den bethlehemitischen Kindermord werden im Mittelalter die in der Antike verbreitete Tötung und Aussetzung der Neugeborenen verworfen und zunehmend faktisch eingeschränkt. Mit der Renaissance kommt es zu einem neuen Stadium des theoretischen und praktischen Interesses. Als das eigentliche Jahrhundert des Kindes und des Beginn der Pädiatrie gilt dann das 18. Jahrhundert. Programmatisch fordert Jean Jacques Rousseau: „Die Natur will, daß die Kinder Kinder sind, ehe sie Männer werden.“ Die eindrucksvollen diagnostischen und therapeutischen Fortschritte des 19. und 20. Jahrhunderts werden auch in Zukunft nicht abbrechen und zugleich immer wieder mit sozialen, ökonomischen, ethischen und juristischen Herausforderungen verbunden sein.

Kultur, Gesellschaft und Medizin stehen in Wechselbeziehungen und unterscheiden sich zugleich. Stets gibt es den Dialog von anthropologisch-kultureller Überzeitlichkeit und sozialpsychologischer Zeitbezogenheit, stets müssen Schutz und Würde des Kindes im Kontext der Lebensentwicklung von der Geburt bis in den Tod leitend sein. Die Feststellung des russischen Schriftstellers Dostojewskij: "Es hat mich oft stutzig gemacht, wie schlecht Erwachsene Kinder verstehen, selbst Väter und Mütter ihre eigenen Kinder" sollte als bleibende Mahnung von Eltern, Kinderärzten sowie der gesellschaftlichen und politischen Umwelt beachtet werden.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann
Ärztlicher Direktor, LWL-Universitätsklinik
der Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Hamm



Resilienz und Salutogenese nach Misshandlung

Risikofaktoren wie kindliche Misshandlung sind als Auslöser ungünstiger Entwicklungsverläufe gut belegt. Längsschnittstudien der vergangenen Jahrzehnte zeigen aber, dass frühe Traumata im weiteren Verlauf nicht naturgemäß zu psychischen Störungen führen. Diese Fähigkeit, relativ unbeschadet mit den Folgen belastender und bedrohlicher Lebensumstände umgehen und Bewältigungskompetenzen entwickeln zu können, steht im Zentrum der Resilienz- und Salutogenese-Forschung. Neben den personalen Ressourcen des Kindes werden dabei zunehmend familiäre und soziale Faktoren berücksichtigt.

Im Hinblick auf die Bewältigung von Misshandlung und Missbrauch haben sich eine Vielzahl von personalen und familiären Ressourcen als hilfreich erwiesen: Kinder, die diese traumatischen Erfahrungen erfolgreich bewältigen konnten, waren nicht so leicht erregbar wie Kinder, die ein Problem entwickelten; sie besaßen ein aktives und kontaktfreudiges Temperament, eine gute Begabung und waren überzeugt, dass sie durch ihr eigenes Handeln einen positiven Einfluss auf ihr Leben ausüben können. In ihrer Umgebung schützten sie vor allem affektive Beziehungen, welche die Entwicklung von Vertrauen, Autonomie und Eigeninitiative ermutigen. Auch biologische Faktoren können die Widerstandsfähigkeit gegen Misshandlung beeinflussen; so gelten bestimmte genetische Merkmale als biologische Korrelate von Resilienz gegen spätere psychische Folgen von Misshandlung. Ein verbessertes Verständnis dieser protektiven Prozesse kann Ansatzpunkt für die Entwicklung präventiver Interventionen sein.

Der Vortrag gibt eine Übersicht über den gegenwärtigen Forschungsstand und mündet in einen Ausblick zur Entwicklung präventiver und therapeutischer Ansätze, um die Chance für eine gelungene Entwicklung trotz aversiver Erlebnisse zu erhöhen.

Professor Dr. med. Adolf Windorfer
Stiftung „Eine Chance für Kinder“
Hannover



Familienhebammen als Beitrag zu Frühen Hilfen im Kinderschutz

Die erstmals von Bowlby (1950) erkannte und herausgehobene Relevanz der Bindungssicherheit für die psychische Entwicklung des Menschen wurde in den letzten Jahrzehnten durch empirische Untersuchungen untermauert. Langzeituntersuchungen konnten die essentielle Bedeutung einer guten Mutter-Kind-Bindung für die weitere positive soziale und gesundheitliche Persönlichkeitsentwicklung belegen. Von kinderärztlichen Untersuchungsgruppen wurde bereits in den 90er Jahren ausführlich auf das Problem der Kindesvernachlässigung und der schwierigen Erkennbarkeit hingewiesen. Trotz der inzwischen bekannten Folgen von Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind und der bekannt gewordenen Defizite wurden in Deutschland aus diesem Wissen bisher kaum strukturelle und praktische Konsequenzen gezogen. Dabei ist davon auszugehen, dass 10-12 aller Neugeborenen und Säuglinge der Gefahr einer körperlichen und/oder emotionalen Kindesvernachlässigung ausgesetzt sind.

Im Versuch dieses Defizit auszugleichen wurde in den Jahren 2002 – 2006 von der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER der Einsatz von freiberuflichen Familienhebammen im Rahmen eines Projektes „Aufsuchende Hilfe für Mütter und ihre Kinder- Netzwerk Familienhebamme“ in drei niedersächsischen Kommunen erprobt. Danach konnten die Daten von 590 betreuten Frauen und ihren Kindern ausgewertet werden. Die Klientel, die als Zielgruppe definiert worden war – z.B. minderjährige Schwangere und Mütter, allein stehende Schwangere und Mütter, Schwangere und Mütter in schwierigen sozialen und psychosozialen Lebenssituationen, Schwangere und Mütter mit Migrationshintergrund – konnte durch die Familienhebammen gut erreicht werden. Bei 80% der betreuten Frauen und ihren Kindern wurde eine erhebliche Verbesserung der Ausgangssituation oder sogar eine Problemlösung erzielt. Bei allen bearbeiteten Problembereichen wurden, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, positive Veränderungen erreicht. Die größten Erfolge waren bei Abbau von Überforderung und Ängsten, Verbesserung des Wissens um die kindlichen Bedürfnisse, Verbesserung der pflegerischen Versorgung des Kindes, Verbesserung der gesundheitlichen Situation und vor allem Verbesserung der Mutter- Kind- Beziehung zu sehen. Die positiven Ergebnisse im Hinblick auf das Erreichen der Zielgruppe, die Ergebnisse der Betreuung sowie die Weiterleitung der Klientinnen in reguläre Hilfestrukturen waren Folge der guten Vertrauensbasis zwischen Klientin und Familienhebamme sowie der intensiven Kooperation zwischen den Familienhebammen und anderen Hilfeinstitutionen wie z.B. mit Ärzten, dem Jugend- und Gesundheitsamt oder Beratungsstellen.

Inzwischen wurden durch die Stiftung 210 Familienhebammen ausgebildet, die durch 44 der 60 niedersächsischen Jugendämter in aufsuchender Arbeit eingesetzt werden.

Samstag, 12. Juni 2010, vormittags

Gemeinsame Sitzung der AG-KiM und der Ärztekammer Niedersachsen

09.00 - 09.15 h Begrüßung durch den Kongresspräsidenten und den Vizepräsidenten der ÄKN

09.15 - 10.00 h Hauptvortrag 3 (Vorsitz Wygold, Hannover)

Förderung von Elternkompetenzen in der Erziehung ihrer Kinder - Das Triple-P Konzept (*Hahlweg, Braunschweig*)

10.00 - 10.30 h Kaffeepause

10.30 - 12.00 h Thema „Frühe Hilfen für gefährdete Familien“ (Vorsitz Banaschak, Köln und Herrmann, Kassel)

10.30 - 11.00 h Politischer Auftrag zur Etablierung früher Hilfen in der Praxis (*Wolff, Berlin*)

11.00 - 11.30 h Beitrag der Koordinierungszentren für Kinderschutz in Niedersachsen zu frühen Hilfen im Kinderschutz (*Broßat-Warschun, Hannover*)

11.30 - 12.00 h Transkultureller Kinderschutz: Das Verständnis elterlicher Autorität im Spannungsfeld der Kulturen (*Salman, Hannover*)

12.00 - 12.30 h Mittagspause

Prof. Dr. phil. Kurt Hahlweg
Institut für Psychologie,
Abteilung für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Diagnostik
Technische Universität
Braunschweig



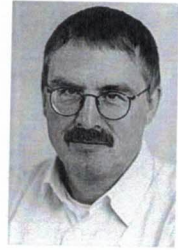
Förderung von Elternkompetenzen in der Erziehung ihrer Kinder – Das Triple P Konzept

Kindliche emotionale Probleme wie Ängste und Depressionen sind ebenso wie Verhaltensstörungen (z.B. aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern und/oder Erwachsenen, ADHS) in westlichen Industrieländern mit ca. 20% häufig und haben eine schlechte Prognose. Damit ist fast jedes vierte bis fünfte Kind von solchen Problemen betroffen, die über ein normales und entwicklungsgemäßes Erleben von Gefühlen hinausgehen (insgesamt ca. 3 Mill. Kinder im Alter von 1 – 16 Jahren in Deutschland). Gleichzeitig fühlen sich viele Eltern in Erziehungsfragen überfordert und wünschen sich dringend Erziehungshilfen. Zwar gibt es jährlich ca. 50.000 familienbezogene Präventionsangebote in Deutschland. Die Masse der sehr verschiedenen Angebote aber verunsichert die Eltern und schadet womöglich, da die Wirksamkeit des überwiegenden Teils dieser Elternhilfen nicht belegt ist. Groß ist auch der Handlungsbedarf bei der Prävention von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung. Empirische Forschungsergebnisse deuten auf ein hohes Dunkelfeld unerkannter Kindeswohlgefährdungen.

Angesichts der hohen Verbreitung und der mangelnden Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote kann die Psychotherapie von kindlichen Verhaltensstörungen allein die Inzidenzrate nicht nachhaltig senken. Maßnahmen zur Prävention und Frühförderung im Vorschulalter, vor allem Elterntrainings zur Erhöhung der elterlichen Erziehungskompetenz, werden deshalb dringend benötigt. Übereinstimmend zeigt sich in zahlreichen internationalen Studien, dass Erziehungstrainings, die *einen autoritativen Erziehungsstil* vermitteln – ein Erziehungsstil, der durch hohe Wertschätzung und klare Verhaltensregeln gegenüber dem Kind gekennzeichnet ist - zur Verbesserung des seelischen Befindens von Kindern beitragen.

Eine Maßnahme, die diesen Anforderungen entspricht, stellt das Triple P-Programm (Positive Parenting Training) dar. Im Vortrag soll die langfristige Wirksamkeit des evidenz-basierten Triple P als universelle Präventions-Maßnahme dargestellt werden. Auch zur Prävention insbesondere des kindlichen Missbrauchs gibt es hoffnungsvolle Befunde, wie die Ergebnisse der „South Carolina Child Abuse Study“ zeigen. In dieser Untersuchung konnte erstmals überzeugend nachgewiesen werden, dass nach der breitflächigen Einführung des Triple P Systems die Anzahl der Missbrauchsfälle von Notaufnahmen in Krankenhäusern und die Unterbringungen von Kindern in Pflegefamilien oder Heimen signifikant sank. Abschließend soll die Möglichkeit der breitflächigen Dissemination von Elterntrainings – auch im internationalen Vergleich – diskutiert werden.

Professor Dr. Reinhardt Wolff
Alice-Salomon Fachhochschule
Berlin



Politischer Auftrag zur Etablierung Früher Hilfen – oder das neue Interesse an Prävention

Auftrag, Zumutung, Herausforderung oder Chance – der Beitrag untersucht in historischer Perspektive den gesellschaftlichen und politischen Hintergrund für das neue Interesse an präventivem Kinderschutz und fragt dabei insbesondere nach der Rolle der Kinderärztinnen und –ärzte. Indem die wesentlichen Entwicklungslinien vom frühen sozialpsychiatrischen bis zum heutigen familien- und entwicklungspädiatrischem Kinderschutz herausgearbeitet werden, wird darauf aufmerksam gemacht, dass wir im Kinderschutz offenbar vor einer strategischen Weichenstellung stehen: Werden die am Kinderschutz beteiligten Professionellen zu Agenten einer modernen Sicherheitskultur zur Überwachung und Kontrolle riskanter (gefährdeter u. gefährlicher) Bevölkerungsgruppen oder wirken sie im multi-professionellen Verbund mit an der reflexiven Gestaltung ganzheitlicher Unterstützungssysteme für Kinder und Eltern? Mit Hinweis auf Erfahrungen im Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) „Aus Fehlen lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, das der Autor leitet, werden die Chancen der Verstärkung Früher Hilfen im Kontext dialogisch-demokratischer Kinderschutzarbeit erläutert.

Anke Broßat-Warschun
Leitung des Fachbereichs Jugend und Familie
Landeshauptstadt Hannover

Die Koordinierungszentren Kinderschutz – Netzwerke Früher Hilfen in Niedersachsen

Der Schutz von Kindern vor Misshandlung und Vernachlässigung ist eine vordringliche und kontinuierliche Herausforderung an die Gesellschaft. So betont der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung wie notwendig eine enge Verzahnung von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen ist, um gute Lebensbedingungen für Kinder zu schaffen und zu erhalten. Gerade kleine Kinder sind besonders verwundbar und dem Einfluss psychosozialer Risiken (niedriges Bildungsniveau, Armut, zerrüttete familiäre Verhältnisse, psychische oder gesundheitliche Auffälligkeiten bei den Eltern, etc.) existentiell unterworfen.

Ein wesentlicher Baustein für die Früherkennung von Gefährdungen ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Medizin und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, damit den Kindern und ihren Familien rechtzeitige Hilfe- und Schutzleistungen angeboten werden können. Darum ist es wichtig,

- riskante Lebenssituationen bei Familien zu erkennen
- Familien zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren
- Verbindliche Reaktionsketten und Verfahren der Zusammenarbeit zu entwickeln, d.h. Netzwerke im Kinderschutz zu verankern

Dieses Vorhaben, Medizin und Jugendhilfe gut zu vernetzen, wird in Niedersachsen an den vier Standorten Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Oldenburg exemplarisch umgesetzt. Das Land Niedersachsen unterstützt an den genannten Standorten, aber auch an anderen Jugendämtern die Arbeit bei der Optimierung des Kinderschutzes beim Aus- und Aufbau Früher Hilfen. Wichtige Grundlagen für die Kinderschutzarbeit ist die gemeinsame Verständigung auf die Fragen, was mögliche Risiken für eine gesunde kindliche Entwicklung sind, anhand welcher Indikatoren dies festgestellt werden kann und an welchen Punkten (Schwellen) ein Handeln erforderlich ist. Diese Grundlagen und Arbeitsmaterialien sind an allen Standorten entwickelt worden. Siehe www.kinderschutz-niedersachsen.de.

Verlässliche Strukturen der Zusammenarbeit sind eine notwendige Voraussetzung für den Auf- und Ausbau eines interdisziplinären Kinderschutznetzwerkes. Hierzu ist es unerlässlich, dass die unterschiedlichen Dienste und Institutionen sich gegenseitig kennen lernen und dass ihre jeweiligen Aufgaben- und Handlungsfelder, ihre Kooperationsmöglichkeiten aber auch ihre Grenzen transparent sind. Wichtig sind hier konkrete Kooperationsvereinbarungen in denen die Aufgaben- und Handlungsfelder aber auch ihre Grenzen transparent sind. In allen Standorten war deshalb der Aufgabenbereich Qualifizierung ein weiterer Schwerpunkt in der Projektarbeit. Damit ist sowohl die medizinische Diagnostik von Kindesmisshandlungen gemeint, wie auch z. B. Kinderschutzschulungen der verschiedenen Träger der Kinder- und Jugendhilfe als auch interprofessionelle Fortbildungsangebote zu spezifischen fachlichen Themenstellungen.

Die gut zweieinhalbjährige Arbeit der Koordinierungszentren hat bereits gezeigt, dass es durch eine Kultur des Hinschauens und durch eine engere Vernetzung möglich ist, zu einer Qualitätssteigerung im Kinderschutz zu gelangen. Deshalb ist es erfreulich und notwendig, dass diese Arbeit fortgesetzt wird und sich die örtlichen Netzwerke weiter entfalten und qualifizieren können.

Ramazan Salman
Geschäftsführer
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
Hannover



Transkultureller Kinderschutz – Das Verständnis elterlicher Autorität im Spannungsfeld der Kulturen

Woher kommt die steigende Bedeutung transkultureller Aspekte des Kinderschutzes? Hierzu einige demographische Hinweise. Infolge der Migrationsbewegungen der letzten Jahrzehnte haben 18,6 % der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund, mit unmittelbar individueller oder mittelbar familialer Zuwanderungserfahrung. In Metropolregionen ist der Anteil höher, in der Region Hannover beispielsweise liegt er bei 23,1 %. (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005, 2007)

Für Fragen des Kinder- und Jugendschutzes steigt die demographische Bedeutung weiter: 27,2 % der unter 25-Jährigen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund, bei den 0- bis 6-Jährigen sind es 32,5 %. Und für das nicht ferne Jahr 2015 geht das Statistische Bundesamt für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren von einem Anteil von 40 % mit Migrationshintergrund aus. (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005)

Bei den genannten Zahlen kommt es nicht auf die Stelle hinterm Komma an, sondern auf Größenordnungen und Trends. Und auch diese Quantitäten wären noch kein zwingender Grund für die Forderung eines migrationssensiblen Kinderschutzes, wenn es nicht genügend qualitative Anhaltspunkte dafür gäbe, dass junge Menschen mit Migrationshintergrund oft ungünstigeren Bedingungen im familiären Umfeld ausgesetzt sind. (Uslucan, 2010)

In der Migrationsforschung herrscht Konsens darüber, dass es keine automatische Angleichung von Zuwanderern an die Lebensweise der Herkunftsgesellschaft gibt. Deshalb zählt das Thema der intergenerationalen Weitergabe von Verhaltenstandards in Eltern-Kind-Beziehungen zu den zentralen Fragestellungen der Integrationsforschung.

Die erziehungspsychologische Forschung geht überwiegend davon aus, dass ein autoritativer Erziehungsstil mit hoher elterlicher Zuwendung, Unterstützung und Wärme bei gleichzeitig hohen, aber flexibel gehandhabten Forderungen an die Kinder sich in modernen Gesellschaften als besonders günstig für die Entwicklung von Kindern erweist (Uslucan, 2010). Dieser Erziehungsstil stellt nicht nur an die Kinder, sondern auch an die Eltern höhere Anforderungen. Ihm liegt eine generationenlange, von vielen Rückschlägen unterbrochene Zivilisierung der Eltern zugrunde (Elias, 2006). Eine zentrale Anforderung ist hier der Zwang zur Selbststeuerung (Waldhoff 1995). Als ungünstig gilt demgegenüber ein autoritärer Erziehungsstil mit rigider Durchsetzung der elterlichen Autorität, hoher Fremdkontrolle der Kinder und dementsprechend geringer Entwicklung von Selbständigkeit, der vielfach in türkischen und islamischen Familien, aber auch anderen stärker gruppenorientierten Kulturen, vorherrscht. Hier geht es um unterschiedliche Wir-Ich-Balancen der Verhaltenssteuerung (Elias, 2001) in verschiedenen Kulturen, wobei der Akzent in traditionelleren Kulturen stärker auf dem Wir-Pol, der in modernen Kulturen stärker, vielleicht manchmal zu stark, auf dem Ich-Pol liegt. In diesem interkulturellen Spannungsfeld bewegen sich generationsübergreifende Migrationsprozesse gesellschaftlich und intrapsychisch. Das schafft Überforderungssituationen für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund, aber auch für die Mehrheitsgesellschaft und insbesondere für ihre Fachkräfte in den Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen. Alle betreten Neuland, ohne es zu wissen. Eine gesunde Balance zwischen den konfligierenden identitären Anforderungen kann nur gefunden werden, wenn in vielen auch organisierten Dialogen auf allen Seiten ein Gespür und Bewusstsein – über reine Wissensvermittlung hinaus – für diesen neuen Lebenserfordernisse und -chancen entsteht (Salman, 1995).

Was bedeutet das für medizinische und andere Institutionen und Personen, die mit Menschen mit Migrationshintergrund umgehen? Migration wird als zweite Sozialisation erlebt. Versuche deutscher Institutionen, flexiblere und tolerantere Verhaltensmuster in autoritärer und rigider Form bei Migranten durchzusetzen führen sich selbst ad absurdum. Sie drohen vorsichtige Versuche von Menschen mit Migrationshintergrund zu ersticken, Herkunftskultur und hiesige Kultur in sich auszubalancieren. Es kann dann zu sich verhärtenden defensivkulturellen Reaktionen kommen.

Ebenso wenig überzeugen scheinbar kulturell tolerante Verhaltensweisen des Wegsehens, wenn es um Gewalt in Familien geht. Auf dieser Tagung werden von Medizinern Wege aufgezeigt, genauer hinzusehen und Kinder auch präventiv besser zu schützen. Migrantenfamilien brauchen wegen ihrer vielfältigen Belastungen vielfältige Unterstützung für den Umgang mit ihren Kindern und deren Zukunftsfähigkeit.

Samstag, 12. Juni 2010, nachmittags

Gemeinsame Sitzung der AG-KiM und der Ärztekammer Niedersachsen

12.30 - 14.30 h Seminar der Ärztekammer Niedersachsen (Vorsitz Kirschstein, Celle und Voigt, Melle)

12.30 - 13.00 h Der verdächtige blaue Fleck (Voßschulte, Hannover)

13.00 - 13.30 h Radiologische Hinweise auf Misshandlung bei Frakturen im Säuglings- und Kindesalter (Engelcke, Berthold, Hannover)

13.30 - 14.00 h Traumatherapie nach Misshandlung (Reiffen-Züger, Osnabrück)

14.00 - 14.30 h Sicherheit in der Erkennung von Kindesmisshandlung für den niedergelassenen Arzt (Voigt, Melle)

12.30 - 14.30 h Mitgliederversammlung der AG-KiM (Raum 602)

14.30 - 14.45 h Pause

14.45 - 16.15 h Verschiedene Themen (Vorsitz Buck, Hannover und Niederer, Mettmann)

14.45 - 15.15 h Literatur-Review Kinderschutz (Herrmann, Kassel)

15.15 - 15.45 h Rechtsbedeutung der medizinischen Diagnosestellung "Kindesmisshandlung" und sich daraus ergebende juristische Konsequenzen (Dopheide, Landshut)

15.45 - 16.15 h Kinderschutz - was der Öffentliche Gesundheitsdienst anbieten kann (Lange, Mettmann)

16.15 - 16.30 h Vorstellung Jahrestagung 2011, Verabschiedung und Kongressende

Dr. med. Gabriele H.A. Engelcke
Chefärztin Kinderradiologie/Kindersonographie
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Hannover

Professor Dr. med. Daniel Berthold
Kinderradiologie
Zentrum für Radiologie
Medizinische Hochschule
Hannover

Radiologische Hinweise auf Misshandlung bei Frakturen im Säuglings- und Kindesalter

Typisch für nichtakzidentelle Frakturen sind bilaterale multiple Frakturen, wachsende Frakturen oder auch Impressionsfrakturen sowie Frakturen, die die Suturen kreuzen. Eine einfache Schädelfraktur nicht beweisend für diese Ursache.

Die Misshandlungsform mit den schwersten Folgen ist das Schütteltrauma, zahlreiche Kinder sterben oder überleben mit einer Retardierung oder Sehschäden. Durch das Schütteln wird der in der Relation zum Rumpf schwere Kopf raschen Beschleunigungs- und Abbremsvorgängen ausgesetzt wird und es treten Scherkräfte an den Oberflächen des Gehirns auf. Die Schwere des Schädel-Hirn-Traumas ist von einer bestehenden Fraktur unabhängig beziehungsweise es kann aus dem Vorliegen oder Fehlen einer Fraktur beim nichtakzidentellen Schädeltrauma nicht auf die Schwere der intrakraniellen Verletzung geschlossen werden.

Obgleich Schädelfrakturen und Hirnverletzungen zum Teil sonographisch darstellbar sind, ist die Sonographie bei neurologisch auffälligem Kind nicht die alleinige Methode, zusätzlich wird zum Nachweis intrakranieller Läsionen eine CT und/oder eine MRT benötigt. Die angewendete Untersuchungsmodalität wird auch von der Akuität der Verletzungen bestimmt und erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Radiologie und Zuweiser.

Es sollen typische Verletzungsfolgen (Frakturen und Verletzung des Schädelinneren) anhand von Bildbeispielen dargestellt werden.

Die derzeit gebräuchlichen Konzepte bezüglich der Bildgebung bei körperlicher Kindesmisshandlung haben ihren Ursprung in der von CAFFEY 1946 erstmals publizierten bahnbrechenden Beschreibung von Frakturen langer Röhrenknochen bei Säuglingen und Kleinkindern assoziiert mit subduralen Haematomen.

Durch die in den folgenden Jahren rasch fortschreitende Entwicklung der Diagnostischen Bildgebung in Verbindung mit der Einführung neuer Techniken wie Nuklearmedizin, Ultraschall, Computertomografie und Magnetresonanztomografie wurde eine große Anzahl von bildmässig erfassbaren Veränderungen verursacht durch Misshandlung oder Vernachlässigung beschrieben. Diese dienten nicht nur dazu, die verschiedenen Manifestationen der zugefügten Verletzungen zu dokumentieren, sondern erbrachten in Korrelation mit chirurgischen und autoptischen Befunden unschätzbare Hinweise auf die spezifischen Entstehungsmuster dieser Veränderungen. Damit verfügt die Bildgebende Diagnostik derzeit über ein großes, wertvolles Spektrum von Möglichkeiten, Fälle fraglicher Kindesmisshandlung zu evaluieren. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bilden oft die Basis für die Diagnose einer körperlichen Misshandlung und werden auch häufig im Rahmen der Beweiswürdigung bei Rechtsfällen herangezogen.

Es ist eine wesentliche Aufgabe des diagnostizierenden Radiologen, spezifische Läsionen von unspezifischen zu differenzieren. Er muss entscheiden, ob die entdeckten Veränderungen durch vorbestehende Erkrankungen oder zugefügte Traumata zu erklären sind. Der Radiologe ist kein Richter, aber sein Hauptinteresse hat der Sicherheit des Kindes zu dienen.

Anhand von Bildbeispielen werden im Vortrag die Hauptkriterien von ossären Läsionen geringer, mäßiger und hoher Spezifität dargestellt sowie die derzeit gültigen Leitlinien bzw. Empfehlungen zur Bildgebung.

Bertke Reiffen-Züger
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Osnabrück



Traumatherapie nach Kindesmisshandlung

Misshandelte und traumatisierte Kinder fordern uns Kinderpsychotherapeuten besonders heraus. Kindesmisshandlung hat viele Gesichter. Wir verstehen darunter jegliche Form der Gewalt gegenüber dem Kind oder Jugendlichen, mag sie verbal, körperlich oder sexuell sein. Dazu gehört auch Verwahrlosung, Vernachlässigung und Ausgrenzung.

Deshalb muss jedes misshandelte Kind individuell diagnostiziert und behandelt werden. Es gibt keine einfache allgemeingültige Handlungsanweisung in der Traumapsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine tiefenpsychologische oder psychoanalytische Behandlung ist ein interpersonales, interaktives Geschehen, das ein hohes Maß an Professionalität erfordert.

Nicht jedes Kind, das eine Misshandlung erfahren hat, ist sofort psychotherapiebedürftig. Eigene innere Kräfte werden zunächst mobilisiert, und manche Kinder erscheinen vorerst sogar psychisch stabil. Oft zeigen sich die Symptome erst, nachdem einige Zeit vergangen ist.

Die Symptome können je nach Alter und Geschlecht des Kindes sehr unterschiedlich sein. Sie treten in der Regel auch nicht nur nach Misshandlung auf, sondern können auch andere Ursachen haben. Nicht nur der Diagnosefindung kommt daher eine wichtige Bedeutung zu, sondern auch dem Verständnis des tieferen Sinnes der konkreten Symptomatik.

Wesentlich ist auch, ob und wie das Kind vor weiterer Misshandlung geschützt wird. So gibt es Kinder, die in der Familie bleiben können, andere werden dauerhaft in Heimen untergebracht, andere werden adoptiert oder in eine Pflegefamilie aufgenommen. Wir müssen das Kind in seinem gesamten sozialen Bezug verstehen: Kontakte mit dem Kinderarzt, dem Kindergarten oder der Schule sind unbedingt erforderlich, da sie Halt gebend und unterstützend sind. Parallel zur Kinderpsychotherapie findet deshalb eine begleitende Therapie der Bezugspersonen statt. Diese dient sowohl der Vermeidung erneuter Misshandlung und Traumatisierung, als auch der Stärkung des Umfeldes des Kindes. Denn seit den Arbeiten von Hans Keilson, einem jüdischen Psychiater und Analytiker, der in den Niederlanden überlebende jüdische Kinder nach dem Holocaust untersucht und Jahre lang begleitet hat, wissen wir, dass ein wesentlicher Faktor für die psychische Entwicklung der traumatisierten Kinder die stabile Beziehung zu vertrauten Personen ist. Eine Therapie von misshandelten Kindern erfordert ein hohes Maß an Zuverlässigkeit, ein klares und sicheres Setting, viel Geduld und ausreichend Distanz. Dies erfordert vom Kindertherapeuten nicht nur eine langjährige Selbsterfahrung, sondern auch regelmäßige Supervision bzw. Intervention.

Ich werde in meinem Vortrag versuchen, anhand konkreter Beispiele zu zeigen, wie unterschiedlich die Kinder in ihrer Symptomatik sind. Ich will zeigen, wie ihre Symptomatik Ausdruck ihrer inneren Welt ist, und wie sie ihre Therapiestunden gestalten.

Kinder zeigen ihre Problematik und die innere Verarbeitung nicht so, wie Erwachsene das können. Sie können ihre Probleme und ihre innere Befindlichkeit oft nicht verbal äußern und bringen selten Träume mit in die Therapie. Aber sie können sich symbolisch in vielerlei Hinsicht äußern. Dazu dient nicht nur das kreative Gestalten, sondern besonders das kindliche Spiel, wobei der Therapeut oder die Therapeutin zugleich teilnimmt und beobachtet. Deutungen der Spielhandlungen werden nicht nur verbal, sondern gerade auch mit Hilfe der Teilhabe am kindlichen Spiel gegeben.

Dr. med. Gisbert Voigt
Kinderarzt
Vizepräsident der Ärztekammer Niedersachsen
Melle



Sicherheit in der Erkennung von Kindesmisshandlung für den niedergelassenen Kinderarzt

Die Erkennung von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung ist in der täglichen Praxis eine große Herausforderung. Das Thema Kindeswohlgefährdung verliert in der Öffentlichkeit schon wieder an Bedeutung, umso mehr müssen wir uns seitens der Ärzteschaft dafür einsetzen, dass der Kinderschutz einen hohen Stellenwert hat und behält.

Zum einen bedarf es subtiler Kenntnisse, um akzidentelle von nicht akzidentellen Verletzungen zu unterscheiden. Zum anderen ist es für viele Kinder – und Jugendärzte, aber auch für Ärzte anderer Gebietsbezeichnungen, immer wieder schwierig, den richtigen Zeitpunkt für die Hinzuziehung von Jugendämtern und oder Strafverfolgungsbehörden festzulegen. Die Erfahrung lehrt, dass aus Rechtsunsicherheit dieser Schritt noch zu häufig verspätet erfolgt.

Ich will daher in meinem Referat noch einmal Grundlagen der Diagnostik vorstellen, daneben die relevanten berufs- und strafrechtlichen Aspekte ansprechen und zu guter letzt an konkreten Beispielen zeigen, wie eine gute Kooperation der niedergelassenen Ärzte untereinander sowie eine gute Kooperation mit den Jugendämtern aussehen kann.

Ziel meiner Ausführungen ist es, alle Kolleginnen und Kollegen zu ermuntern, sich diesem Problem mutig zu stellen. Kooperation untereinander, vor allem aber mit den sozialen Diensten ist das Gebot der Stunde. Die Kinder haben einen Anspruch darauf, dass sich ihre Ärztinnen und Ärzte für sie einsetzen.

Dr. med. Bernd Herrmann
1. Vorsitzender der AG-KiM
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Kassel



Update medizinische Literatur - was in den vergangenen 12 Monaten an relevanten Schriften zum Thema Kinderschutz publiziert wurde

Wie in allen medizinischen Bereichen ist es auch im Kinderschutz im Sinne einer fachlich guten Patientenversorgung von größter Wichtigkeit, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Literatur zu verfolgen. Die fachlichen Grundlagen der somatischen Diagnostik sind allerdings über eine breite Vielfalt an medizinischen Fachgruppen und Subspezialitäten und die entsprechenden Publikationen verteilt (Pädiater, Rechtsmedizin, (Kinder-)Chirurgie, Radiologie, (Kinder-)Gynäkologie, Ophthalmologie, u.a.). Fachliche Aktualität und das Erfassen der relevanten Publikationen ist somit eine erhebliche Herausforderung. Neben der Vorstellung der relevanten Handbücher soll eine Übersicht der aktuellen neuen Literatur und der „Must read“-Publikationen der letzten Jahre gegeben werden.

Oliver Dopheide
StAGr
Staatsanwaltschaft Landshut

Rechtsbedeutung der medizinischen Diagnosestellung "Kindesmisshandlung" und sich daraus ergebende juristische Konsequenzen

Der Vortrag befasst sich mit den juristischen Folgen der Diagnose "Kindesmisshandlung" insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Arzthaftungsrechts.

Die Haftungsfrage bzw. das Haftungsrisiko darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass Ärzte, die hinschauen, bestraft werden. Eine Haftung für eine fehlerhafte Diagnose wird nicht allein dadurch begründet, dass sich die Diagnose später als objektiv falsch herausstellt. Zusätzlich kommt es darauf an, ob das diagnostische Vorgehen und/oder die Bewertung der durch diagnostische Hilfsmittel gewonnenen Ergebnisse für einen gewissenhaften Arzt nicht mehr vertretbar erscheinen. Wird der Arzt nicht als behandelnder Arzt, sondern als Gerichtsgutachter tätig, so haftet er nach § 839a BGB nur, wenn er sein Gutachten mindestens grob fahrlässig erstattet. Entscheidend ist also, wie der Arzt zur Diagnose "Kindesmisshandlung" gelangt.

Maßgeblich ist dabei der ärztliche Standard. Dieser wird durch die *medizinische, nicht die juristische* Wissenschaft bestimmt. Maßgeblich ist der Stand der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung, wie er sich in Lehrbüchern, Publikationen, Studien, Leitlinien und der ärztlichen Praxis niederschlägt. Es ist daher primär Aufgabe der medizinischen Wissenschaft, (Qualitäts-)Standards für die Diagnose "Kindesmisshandlung" zu entwickeln und fortzuschreiben.

Im Rahmen dieser Standards gibt es allerdings Fragen außerhalb der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit, in denen die Anforderungen auch durch juristische Wertungen geprägt sind, zu nennen sind hier für die Diagnosestellung "Kindesmisshandlung" insbesondere die Frage der Delegationsfähigkeit und die Frage der Dokumentation.

Auch der Arzt, der nicht als Gerichtsgutachter, sondern im normalen Klinik-/Praxisbetrieb tätig wird, kann mit der Diagnose "Kindesmisshandlung" den Anstoß zu sorgerechtlichen Maßnahmen der Jugendhilfe oder des Familiengerichts geben, die in massive Eingriffe in das Eltern-Kind-Verhältnis bis zur Entziehung des Sorgerechts und die Trennung des Kindes von den Eltern münden können. Eine zu Unrecht diagnostizierte Kindesmisshandlung kann daher für das Kind ebenso gravierende Folgen haben wie eine nicht erkannte Kindesmisshandlung. Daher ist m.E. zu fordern, dass der Facharztstandard strikt einzuhalten ist, eine selbständige Betrauung von Assistenzärzten mit Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung dürfte sich verbieten.

Die Diagnosestellung "Kindesmisshandlung" wird häufig interdisziplinär zu stellen sein (etwa durch Beteiligung von Kinderärzten, Rechtsmedizinern, Sozialpädagogen usw.). Es ist zwar anerkannt, dass die ärztliche Dokumentation bzw. Fehler in ihr selbst keinen Haftungsgrund bilden und die Dokumentation auch nicht aus forensischen Zwecken für einen späteren Haftungsprozess zu erfolgen hat, sondern aus medizinischen Gründen, um insbesondere Nachbehandlern die nötigen Informationen zu verschaffen. Gerade aber bei der Diagnose Kindesmisshandlung sind m.E. besondere Anforderungen an die Nachvollziehbarkeit der Dokumentation zu stellen: Zum einen aufgrund der oftmals notwendigen Zusammenarbeit von Personen mehrerer Fachrichtungen, zum anderen aber auch, weil die Diagnose die Grundlage für weitere behördliche oder gerichtliche Maßnahmen bilden kann. Über diese Maßnahmen kann umso sorgfältiger entschieden werden, je besser nachvollziehbar ist, auf welcher Grundlage die Diagnose "Kindesmisshandlung" gestellt wird. Darüber hinaus kann ein Jurist nur Anregungen geben, die sich nicht aus medizinischen Kenntnissen, sondern aus allgemeinen Erfahrungen in zahlreichen Arzthaftungsprozessen und Sachverständigenanhörungen aus den verschiedensten Fachgebieten ergeben. Als Stichworte sind zu nennen: Klare Verantwortlichkeiten auch bei interdisziplinärer Zusammenarbeit, Einbeziehung des Pflegepersonals, eine unvoreingenommene Herangehensweise, usw.

Je höher die Qualität und die Sorgfalt bei der Diagnosestellung ist, desto mehr ist Kindern und Eltern geholfen. Die Einhaltung der erforderlichen Standards zu sichern, ist der Zweck der Haftung für Fehldiagnosen, nicht die Bestrafung des aufmerksamen Arztes.

Dr. med. Rudolf Lange
Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen
Sozialmedizin – Umweltmedizin
Leiter des Kreisgesundheitsamts
Mettmann



Kinderschutz - was der Öffentliche Gesundheitsdienst an Unterstützung anbieten kann

Vorbemerkung: Im Kreis Mettmann wird seit rd. 25 Jahren die Betreuung behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder („Beobachtungskinder“) im Sinne einer Früherfassung aktiv angegangen. Dieses Verfahren erfasst nicht nur medizinische Indikationen im engeren Sinne, sondern teilweise auch soziale Indikatoren wie Drogenabhängigkeit, junge Mütter unter 18 Jahren, psychische und physische Erkrankungen der Eltern, sozial benachteiligte Familien, Eltern mit sehr geringem Bildungsniveau, Alleinerziehende und Familien mit Migrationshintergrund und unzureichender Integration. Dieser Teilaspekt hat unter den aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Erwägungen als Modell für eine Früherkennung von Risikofamilien besondere Bedeutung erlangt. Die Erfahrungen in der darauf beruhenden Netzwerkarbeit lassen sich verallgemeinern und in den nachfolgenden konzeptionellen Fragestellungen aufschlüsseln.

Worauf kommt es an: Die Verantwortung für den Kinderschutz liegt aufgrund der gesetzlichen Regularien (SGB VIII) grundsätzlich bei der Jugendhilfe. Die Jugendämter haben den Auftrag, den Familien primär präventive Unterstützung anzubieten; sie sind auch mit den im Sonderfall gebotenen, abgestuften Interventionsbefugnissen gegenüber betroffenen Familien ausgestattet. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch durch ihre eigene Aufgabenstellung und Herangehensweise prädestiniert, bereits frühzeitig auf Auffälligkeiten bis hin zu Zeichen von Vernachlässigung oder gar Misshandlung aufmerksam zu werden. Allerdings bestehen nicht selten Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem medizinischen Bereich und der Jugendhilfe, nicht nur in Denkansetzungen und Sprachform, nicht selten schon durch einfache organisatorische Hemmnisse.

Ein Mittel zur Verbesserung der Zusammenarbeit stellt die Gründung von örtlichen Netzwerken dar, in denen die unterschiedlichen gesundheits- und sozialbezogenen Akteure sich kennen – ein simpel erscheinendes, aber maßgebliches Prinzip! – und ihre unterschiedlichen Kompetenzen, Ansichten und Erfahrungen gleichberechtigt einbringen können. An dieser Stelle sind auch grundlegende Fragen der Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten klar und verbindlich miteinander abzustimmen.

Durch seine Verankerung im medizinischen Sektor einerseits und im Verwaltungshandeln andererseits kann der Kinder- und jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter dabei eine wichtige Vermittlerrolle übernehmen – insbesondere bei Mitwirkung in eigener Funktion (s.o.)

Einerseits kann sich die Unterstützung schon allein aus einer gewissen Dolmetscherfunktion ergeben, indem die unterschiedlichen Betrachtungsweisen von medizinisch präventiver bis kurativer Aufgabenstellung bis hin zu interventiver Jugendhilfe harmonisiert werden.

Andererseits bietet es sich häufig an, die potentiell konfliktbelastete Problematisierung mit den Eltern zunächst über die niedrigere Schwelle des Gesundheitsamtes anzugehen.

Letztlich kann eine fachspezifische, ggfs. zunächst auch anonymisierte Problemerkörterung unter Kolleginnen und Kollegen eine wichtige Hilfestellung zur Verfahrensklärung bieten bis hin zu der schwierigen Abwägung einer konkreten Fallmeldung an das Jugendamt im Spannungsfeld zur ärztlichen Schweigepflicht.

Fazit: Die Bereitschaft zu einer offenen, ergebnisorientierten Zusammenarbeit in der gemeinsamen Bearbeitung schwieriger Kinderschutzfälle trägt allseits dazu bei, Missverständnisse auf ein Minimum zu reduzieren und die Ergebnisqualität zum Wohle der Kinder zu optimieren.

3. Markt der Möglichkeiten

Bitte besuchen Sie die Stände und Informationstische der folgenden anwesenden Firmen und Institutionen:

- **Koordinierungszentrum für Kinderschutz Hannover**
- **Kroschke-Stiftung für Kinder, Braunschweig**
- **Wellcome Team Niedersachsen - Praktische Hilfen für Familien nach der Geburt**
- **Deutsche Teddybär-Stiftung**
- **Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen**
- **Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch, Lüneburg**
- **Stiftung "Eine Chance für Kinder", Hannover**
- **Ethnomedizinisches Zentrum, Hannover**
- **Fa. Abbott GmbH & Co KG, Neonatology, Wiesbaden**
- **Fa. Carl Zeiss Meditec, Jena**
- **Fa. MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar**

4. Unsere Sponsoren und Unterstützer

