



# Handlungskonzept Kinderschutz

## Vorgehensweise bei Verdacht auf Vernachlässigung/Misshandlung/Missbrauch

Erarbeitet von der Kinderschutzgruppe CharitéCentrum17  
Stand: Januar 2010

## INHALT

<b>1</b>	<b>ERSTE INFORMATIONEN UND ÜBERSICHTEN.....</b>	<b>3</b>
1.1	KINDERSCHUTZGRUPPE CHARITÉCENTRUM17 (CC17) .....	3
1.2	HANDLUNGSKONZEPTE UND ARBEITSWEISE DER KINDERSCHUTZGRUPPE.....	4
1.3	PRINZIPIELLE VORGEHENSWEISE.....	4
1.4	KOOPERATIONEN INTERN-EXTERN.....	4
1.5	DEFINITION UND FORMEN DER KINDESMISSHANDLUNG .....	5
1.6	VERDACHTSMOMENTE DER KINDESMISSHANDLUNG .....	6
1.7	GESETZLICHE BESTIMMUNGEN.....	6
<b>2</b>	<b>DIAGNOSTIK/INTERNE EINSCHÄTZUNG .....</b>	<b>8</b>
2.1	DIAGNOSTISCHE VORGEHENSWEISE BEI VERDACHT AUF KÖRPERLICHE MISSHANDLUNG .....	8
2.2	DIAGNOSTISCHE VORGEHENSWEISE BEI VERDACHT AUF VERNACHLÄSSIGUNG/PSYCHISCHE MISSHANDLUNG .....	8
2.3	DIAGNOSTISCHE VORGEHENSWEISE BEI VERDACHT AUF SEXUELLEN MISSBRAUCH .....	9
2.4	AKUTFALL/STATIONÄRE AUFNAHME .....	10
<b>3</b>	<b>DOKUMENTATION .....</b>	<b>11</b>
3.1	AKTENDOKUMENTATIONSBOGEN: RISIKOEINSCHÄTZUNG KINDESWOHLGEFÄHRDUNG .....	11
3.2	DOKUMENTATIONSBOGEN ZUR KÖRPERLICHEN MISSHANDLUNG .....	11
3.3	DOKUMENTATIONSBOGEN ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG (KINDERSCHUTZBOGEN) .....	11
3.4	SICHERUNG VON BEWEISMATERIAL.....	11
<b>4</b>	<b>INTERVENTIONEN.....</b>	<b>12</b>
4.1	ERÖFFNUNGSGESPRÄCH .....	12
4.2	HILFEPLANUNG UND MAßNAHMEN.....	12
<b>5</b>	<b>KOOPERATION MIT JUGENDÄMTERN UND GESUNDHEITSDIENST .....</b>	<b>13</b>
5.1	JUGENDAMT ALS KOOPERIERENDE INSTANZ .....	13
5.2	JUGENDAMT - EINSCHALTUNG UND INFORMATIONSWETERGABE (VORGEHEN).....	13
5.3	FACH- UND HILFEKONFERENZEN .....	14
5.4	PROBLEMFELDER IN DER ZUSAMMENARBEIT MIT ÄMTERN/STRITTIGE FÄLLE .....	14
5.5	HINWEISE ZU BRIEFEN/STELLUNGNAHMEN AN DAS JUGENDAMT UND DAS FAMILIENGERICHT .....	14
<b>6</b>	<b>PRÄVENTION .....</b>	<b>15</b>
6.1	ELTERNZENTRIERTES BERATUNGSMODELL (ELTERNBERATUNG).....	15
6.2	ANGEBOT FÜR SÜCHTIGE ELTERN IN DEN GEBURTSKLINIKEN .....	15
<b>7</b>	<b>BERLINER SYSTEME UND KOOPERATIONSPARTNER (ADRESSEN) .....</b>	<b>16</b>

## 1 Erste Informationen und Übersichten

### 1.1 Kinderschutzgruppe CharitéCentrum17 (CC17)

**Verantwortlich:**

Frau Prof. Ulrike Lehmkuhl – Ärztliche Leitung CharitéCentrum17

**Ansprechpartnerin/Koordinatorin:**

Dipl.-Psych. L. Ihme

SPZ Neuropädiatrie/Entwicklungsneurologie/Neonatologie

Charité Berlin - Campus Virchow-Klinikum

Augustenburger Platz 1

13 353 Berlin

Tel: 450 566 627

loretta.ihme@charite.de

**Beteiligte Kliniken**

- Klinik für Allgemeine Pädiatrie
- Klinik für Kinderchirurgie
- Klinik für Neonatologie
- Kliniken für Geburtsmedizin
- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
- Sozialpädiatrisches Zentrum für chronisch kranke Kinder

## 1.2 Handlungskonzepte und Arbeitsweise der Kinderschutzgruppe

Vorläufer des aktuellen Handlungskonzeptes ist das bereits seit Ende der 80er Jahre/Anfang der 90er Jahre bestehende Konzept des Otto-Heubner-Centrums der Charité, maßgeblich entwickelt durch die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Zusammenarbeit mit den Kliniken für Kinderchirurgie und für Pädiatrie und dem Institut für Radiologie. Das aktuelle Handlungskonzept integriert die Konzepte der Kliniken des OHC und des Sozialpädiatrischen Zentrums (2006) und wurde von den Mitgliedern der Kinderschutzgruppe sowie weiteren Mitarbeitern verschiedener Professionen und Kliniken im CC17 kontinuierlich weiterentwickelt. Das Handlungskonzept dient:

- als Leitlinie zum Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung/Misshandlung/Missbrauch von Patienten des CC17,
- als Instrument zur internen Einschätzung der Gefährdung eines Kindes,
- als Dokumentationsinstrument,
- zur Bereitstellung von Richtlinien in der internen und externen Zusammenarbeit,
- zur Bereitstellung aller notwendigen Informationen bei Übergabe an staatliche Stellen (z. B. Jugendämter).

Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe sind Ansprechpartner für ihren jeweiligen Arbeitsbereich. Die Koordinatorin der Kinderschutzgruppe ist für alle Fragen zum Handlungskonzept und zum Kinderschutz am CC17 zuständig und leitet diese ggf. weiter. Bei Schwierigkeiten und komplexen Fällen können Mitglieder der Kinderschutzgruppe wochentags über die Koordinatorin bzw. die einzelnen Mitglieder kontaktiert werden und kurzfristig zu einem gemeinsamen Treffen einberufen werden.

## 1.3 Prinzipielle Vorgehensweise

Vor jeglicher Handlung wird zunächst das Risiko einer Kindeswohlgefährdung nach vorgegebenen diagnostischen Kriterien eingeschätzt. Die Ergebnisse werden mittels der vorgegebenen Dokumentationsbögen in der Akte festgehalten. Nach einer abschließenden Beurteilung des Risikos bzw. der Schäden durch das behandelnde Team (immer inklusive Oberarzt bzw. Teamleitung SPZ) werden je nach Gefährdungslage weitere diagnostische Maßnahmen eingeleitet, Externe (z. B. Jugendamt, KJGD, Polizei) eingeschaltet, und ggf. den Eltern in Absprache mit dem Jugendamt ein Hilfsangebot unterbreitet. **Bei akuter Gefährdung wird das Kind zum Schutz und für die weitere Diagnostik zunächst auf Station aufgenommen (z.B. Dr. Henning, Telefon s. Listen), danach folgen die oben beschriebenen Schritte.**

- **Prinzipiell ist interdisziplinäres Vorgehen im Team notwendig (mindestens Arzt + Psychologe/Psychiater + Sozialarbeiter).** Fallbesprechungen und gemeinsame Planung (Teamentscheidungen) entlasten den Einzelnen, erleichtern die Einleitung einer adäquaten Handlung und dienen der Absicherung gegenüber Dritten.
- Auf Station ist bei Verdacht immer der Oberarzt einzuschalten, im SPZ die Teamleitung.
- Alle Schritte im Prozess werden dokumentiert. Dies ist notwendig für die Bereitstellung von Informationen im Team und als Nachweis gegenüber Dritten. Bei differenzierter Dokumentation, kann das Jugendamt aufgrund der Datenlage schneller die notwendigen Schritte einleiten. Die Dokumentation dient ebenso der Anhörung vor Gericht (Beweismaterial) oder nützt bei der Übergabe an beteiligte Helfer. Neben schriftlicher Dokumentation der Befunde, Photographien, oder anderem Material kann auch zusätzlich die Gerichtsmedizin eingeschaltet werden.
- Wichtig ist die Bewusstmachung von professioneller Zuständigkeit und deren Grenzen. Bei entsprechender Gefährdungslage sollte umgehend das Jugendamt/der Kindernotdienst/die Polizei eingeschaltet werden.

## 1.4 Kooperationen intern und extern

### *Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP):*

- KJP Konsil ist obligat innerhalb von 24 Std. nach Diagnosestellung bei stationären Patienten!
- KJP Konsil ist fakultativ bei ambulanten Patienten (SPZ); empfohlen z. B. bei
  - Misshandlung oder schwerer Vernachlässigung, komplexen Fällen, Verdacht auf sexuellen Missbrauch (meist + stationäre Aufnahme)
  - Psychisch kranken Eltern/Kind (z.B. Bindungsstörung)
- Für das SPZ besteht die Möglichkeit, den Patienten (ohne dessen Anwesenheit) in einem Liaisongespräch der KJP vorzustellen

- In der KJP ist bei Säuglingen/Kleinkindern von 0-5 Jahren eine standardisierte videographische Untersuchung der Mutter-Kind-Interaktion mit Beurteilung der „emotionalen Verfügbarkeit“ möglich
- Akute Aufnahme in die KJP stationär (bei selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten, schwerer psychiatrischer Störung) erfolgt bei den Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung im jew. Bezirk (Meldeadresse, bei Nicht-Berlinern: „Auffinde-Ort“).
- KJP-Stationen der Charité: Offenes Behandlungsangebot ohne Aufnahmeverpflichtung (d.h. bei akuter Suizidalität oder Weglaufgefährdung keine Option)

#### **Übergabe von SPZ an Station (Akutfall, diagnostische Abklärung):**

- Vereinbarung eines Aufnahmetermins bzw. direkte Einweisung in Absprache mit dem zuständigen Oberarzt
- Übergabe der Akte mit dokumentierten Befunden (ggf. Fotos, Kinderschutzbogen) durch SPZ-Arzt; zeitgleich Übergabe an Stationsarzt/Übergabe an KJP-Konsildienst; Entwicklung eines gemeinsamen Diagnostik- und Behandlungsplans; Gemeinsames Abschlussgespräch vor Entlassung durch Oberarzt gemeinsam mit Kinderpsychiater/SPZ-Arzt/Psychologe/Sozialarbeiter.

#### **Übergabe von Station an SPZ**

- Voraussetzung ist eine chronische oder psychiatrische Erkrankung, bzw. eine körperliche Schädigung, die eine medizinische Nachsorge im Sinne einer chronischen Erkrankung erfordert
- Reguläre Aufnahme über Neuanmeldungen-SPZ oder Koordination Kinderschutz mit dem Hinweis auf Dringlichkeit wegen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
- Mündliche und schriftliche Übergabe inklusive der Akte mit allen Befunden

#### **Rechtsmedizin**

Die Rechtsmedizin steht Tag und Nacht bei Notwendigkeit der Sicherung von Beweismaterial oder zur Beratung zur Verfügung. Hierzu ist keine Anzeige notwendig, lediglich ein Konsilschein! Ob später eine Anzeige erfolgt, kann gemeinsam abgestimmt werden.

#### **Kindergynäkologie**

Konsil Kindergynäkologie bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Eine Untersuchung ist in manchen Fällen auch sinnvoll, wenn kein akuter Übergriff (letzte 72 Std.) erfolgte, sondern der vermutete Übergriff länger zurücklag.

#### **Bezirke: Jugendamt/KJGD/KJPD**

Es wird eine möglichst frühzeitige und verbindliche Zusammenarbeit angestrebt. Es gelten die bestehenden Kooperationsvereinbarungen (bzw. Kap. 6).

### 1.5 Definition und Formen der Kindesmisshandlung

Es gibt zahlreiche Definitionen der Kindesmisshandlung. Kindesmisshandlung (im weiteren Sinne) beinhaltet körperliche und psychische Misshandlungen, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch. Beispielhaft werden hier zwei Definitionen genannt:

„Kindesmisshandlungen sind gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch) oder Unterlassungen (wie bei emotionaler und psychischer Vernachlässigung) zustande kommen“.

Kindesmisshandlung ist eine „nicht zufällige, gewaltsame psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt.“

Es werden folgende Formen der Kindesmisshandlung unterschieden:

**Vernachlässigung:** Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht gewährleistet sind, sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden. Mögliche Folgen sind: Gesundheitsschäden, z.B. durch fehlende Impfungen, alimentär bedingte Dystrophie, Vitamin-D-Mangel-Rachitis, psychosozialer Minderwuchs („psychosocial dwarfism“).

**Körperliche Misshandlung** entsteht durch gewaltsame Handlungen wie Schläge, Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw. Letztlich müssen alle Verletzungen, die durch Beschreibungen der Eltern nicht plausibel erklärbar sind, als körperliche Misshandlung in Betracht gezogen werden. Spezifische Syndrome sind z. B. das Schütteltrauma des Säuglings („shaking infant syndrome“), das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom, nicht akzidentelle Vergiftungen.

**Seelische Misshandlung:** Hierunter versteht man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer seelischen Entwicklung beeinträchtigen können.

**Sexueller Missbrauch:** Hierunter versteht man die aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Aktivitäten, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes oder anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Dabei wird die Unterlegenheit und Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen ausgenutzt.

## 1.6 Verdachtsmomente der Kindesmisshandlung

**Verdacht auf Vernachlässigung ergeben sich aus:**

- Unzureichende Versorgung bezüglich der Grundbedürfnisse (Ernährung, Kleidung, Pflege, Sicherung von Gefahren, etc.)
- Unzureichende Entwicklungsförderung (Deprivation)
- Häufiges Nicht-Wahrnehmen von Arztterminen
- Mangelnde Compliance bei Behandlung von (chronischen) Erkrankungen

**Verdacht auf körperliche Misshandlung ergeben sich aus:**

- Art und Verteilung der Verletzungen
- Anamnese (beschriebener Unfallhergang) passt nicht zu Art, Lokalisation, Ausmaß der Verletzungen!
- Umständen des Aufsuchens ärztlicher Hilfe (verspätet, ältere Verletzung, unglaubwürdige Erklärungen)
- Verhaltensbesonderheiten bei Kind und Eltern
- Häufig wechselnden betreuenden Kinderärzten
- Wiederholten Vorstellungen in der Rettungsstelle ohne vermeintlich ersichtlichen Grund

**Verdacht auf sexuellen Missbrauch ergeben sich aus:**

- Verletzungen im Anogenitalbereich ohne plausible Anamnese (Hämatome, Einrisse)
- Weiter Eingang oder Rötung der Vagina
- Einrisse oder venöse Stauung im Analbereich
- Allergien und Hautkrankheiten mit atypischen Verlauf (Pyodermien, Ekzeme)
- Infektionen (Trichomonaden, Candida)
- Sexuell übertragbare Krankheiten (Gonorrhoe, Condylomata accuminata)
- Schwangerschaft in der Frühpubertät
- Unspezifische Symptome (rezidiv. Harnwegsinfekte, vaginale Infektionen, sekundäre Enuresis und Enkopresis)

**Allgemeine Verdachtsmomente ergeben sich** auch aus beschriebenen psychischen Langzeitfolgen nach Kindesmisshandlung: Kognitive und Leistungsprobleme, Sprachentwicklungsstörung, Interaktionsprobleme mit Gleichaltrigen, aggressives Verhalten und einer insgesamt erhöhten Rate psychischer Auffälligkeiten (z.B. Bindungsstörungen, depressive Störungen, Angststörungen, expansiv-dissoziales Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, Sucht, Somatisierungs-/ Konversionsstörungen, Essstörungen)

## 1.7 Gesetzliche Bestimmungen

Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch sind in Deutschland strafbar (z. B. StGB § 225: Misshandlung von Schutzbefohlenen, StGB § 171: Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht, StGB § 176 Sexueller Missbrauch von Kindern). Eltern haben die Pflicht, ihr Kind zu pflegen, zu erziehen und zu beaufsichtigen, körperliche Bestrafung als auch seelische Verletzungen sind zu unterlassen (BGB §1631):

„§ 1631 BGB: Inhalt und Grenzen der Personensorge

(1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig. ....

Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, so liegt die Pflicht beim Jugendamt, das Kind zu schützen (SGB VIII § 8a: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung). Damit das Jugendamt handeln kann, benötigt es die Kenntnis der Sachlage (Informationen), z.B. durch eine schriftliche Mitteilung von Klinikseite.

Sind die Eltern nicht gewillt oder in der Lage, die Gefahr vom Kind abzuwenden, hat das Jugendamt das Recht und die Pflicht, zum Schutz des Kindes gerichtliche Maßnahmen einzuleiten (§ 1666 BGB):

§ 1666 BGB: Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

„(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“

Kommt das Jugendamt zu einer anderen Einschätzung als die Klinik (Behandlungsteam, Leitung, Kinderschutzgruppe) kann - unter Berücksichtigung der Problematik der Schweigepflicht - direkt ein Antrag beim Familiengericht gestellt werden.

Im Akutfall - dringende Gefahr für das Wohl des Kindes - ist das Jugendamt berechtigt und verpflichtet eine sofortige Inobhutnahme des Kindes durchzuführen, auch ohne vorherigen Gerichtsbeschluss (SGB VIII § 42):

§ 42 SGB VIII: Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

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

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
  - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
  - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder ...

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

### **Zur Schweigepflicht**

Die ärztliche Schweigepflicht (§203 StGB) kann durch eine schriftliche Erklärung der Eltern aufgehoben werden, z. B. Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt. Sind die Eltern nicht gewillt, muss abgewogen werden, ob es sich um einen „Rechtfertigenden Notstand“ handelt, d.h. ob die zu schützenden Interessen (Kindeswohl, Schutz eines Kindes) die ärztliche Schweigepflicht überwiegt:

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

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

Eine Kontaktaufnahme zum Jugendamt sollte zunächst mit den Eltern besprochen werden, um deren Zustimmung zu erhalten bzw. sollte von den Eltern eine allgemeine Schweigepflichtentbindung eingeholt werden. Vor Bruch der Schweigepflicht erfolgt eine sorgfältige Abwägung im Behandlungsteam, sowie die Rücksprache mit der Leitung und ggf. der Rechtsabteilung der Charité. Eine Anzeigepflicht besteht nicht.

## 2 Diagnostik/Interne Einschätzung

Da zu jeder Diagnostik die Einwilligung der Eltern gegeben werden muss, ist die Erhebung im Sinne einer internen Einschätzung der körperlichen Schäden (Befunde) bzw. psychosozialen Risikofaktoren zu sehen. Die interne Einschätzung kann ambulant (SPZ) oder stationär (Kinderkliniken) erfolgen. Dies ist abhängig von der Art aufnehmenden Institution (Rettungsstelle/Aufnahmestation, Station, SPZ), dem Schweregrad des Falls und der Kooperationsbereitschaft der Eltern.

Wird das Kind auf der Rettungsstelle oder auf Station aufgenommen, sollte die Diagnostik immer stationär in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Konsildienst (Fr. Winter) und der zuständigen stationären Sozialarbeiterin (Sozialdienst, Fr. Siska, Fr. Runde) erfolgen. Wird das Kind ambulant im Sozialpädiatrischen Zentrum versorgt, gilt folgendes Vorgehen (siehe 1. Hilfe bzw. Flussdiagramm SPZ): **Bei auffälligen Verletzungen und deutlicher Vernachlässigung ist eine sofortige stationäre Einweisung zur Diagnostik erforderlich.** Zur Sicherung von Beweismaterial oder bei unklarer Sachlage (Interpretation der Befunde) sollte die Rechtsmedizin (Fr. Guddat) eingeschaltet werden. Hierzu ist ein Konsilschein notwendig (Die Rechtsmedizin ist nicht verpflichtet, eine Strafanzeige zu stellen).

### 2.1 Diagnostische Vorgehensweise bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

- Stationäre Aufnahme zur Überwachung und Klärung obligat.
- Pädiatrische / kinderchirurgische Anamnese und körperliche Untersuchung (des entkleideten Kindes!), somatographische Daten, Entwicklungsstand, psychischer Eindruck
- Exakte Dokumentation durch den Aufnahmearzt, Fotodokumentation, Befunde ausmessen: z.B. Hämatome, Verletzungen
- Vermeiden von unnötigen Diskussionen und Vorwürfen!
- Einschaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, u. a. für psychosoziale Diagnostik
- Einschalten der Sozialarbeiterin (Sozialdienst)

*Weitere notwendige Diagnostik möglichst zügig veranlassen:*

- Augenhintergrunduntersuchung
- Laboruntersuchung initial: BB, Diff-BB, CRP, BGA, Transaminasen, Elektrolyte, Lipase, alkalische Phosphatase, Kreatinin, Albumin, vollständiger Gerinnungsstatus, Restserum
- Im Verlauf u.U. weitere Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung:  
→ z.B. bei multiplen Frakturen Ausschluss Osteogenesis imperfecta
- Bildgebung (in Absprache mit Kinderradiologie)
- Sonographie Abdomen und (soweit noch möglich) Schädel
- Röntgen: Klinisch auffällige Skelettanteile, bei Frakturachweis kompletter
- Skelettstatus (bis 2 Lebensjahre), ggf. Szintigraphie
- Röntgenthorax ggf.
- Craniales CT: SHT mit neurologischen Auffälligkeiten (V.a. cerebrale Blutung, Zeichen erhöhten Hirndrucks)
- Sonst ggf. craniales MRT
- Einschätzung der Befunde mit zuständigem OA, Hinzuziehen von KJP-Konsilarzt innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme, ggf. Konsil Rechtsmedizin
- Festlegung der Verdachtsdiagnose und Information der zuständigen Klinikleitung
- Übergabe an das Jugendamt immer mittels Kinderschutzbogen (Handhabung und Bewertung siehe 3.2)

### 2.2 Diagnostische Vorgehensweise bei Verdacht auf Vernachlässigung/psychische Misshandlung

- Bei Verdacht eines Teammitglieds (Berufsgruppe ist egal)  
→ Der Kinderschutzbogen (KSB) wird soweit wie möglich ausgefüllt durch Verdachtssteller  
→ Als Grundlage für folgende Teambesprechung

Mittels Kinderschutzbogen soll die Dokumentation und eine klinische Einschätzung der Gesamtsituation erfolgen: Heraussuchen der Dokumentationsbögen nach Altersgruppen (0-3 J., 3-6 J., 6-14 J., 14-18 J.) und des zur Einschätzung der „Grundversorgung“ und „Kooperation“ gehörigen Orientierungskatalogs. Dokumentationsbögen ausfüllen (bestimmte Bereiche können von uns nicht beurteilt/eingeschätzt werden, diese Felder werden freigelassen). **Die Beantwortung erfolgt ohne Befragung der Eltern!**



- Einbezug aller beteiligten Teammitglieder:
  - Der KSB wird soweit wie möglich komplettiert, mittels Informationen aller beteiligten Berufsgruppen
  - Auf den Stationen erfolgt die Einschaltung vom KJP-Konsildienst und Sozialdienst
- Ggf. Einbezug der betreuenden externen Kinderärzte (Einholung spezifischer Informationen)
- Ggf. Einbezug von Kitas und Einzelfallhelfer
  - Ohne Angabe eines Verdachtes (Schweigepflicht)
- Bewertung der erhobenen Daten und Entscheidung im Team über das Bestehen bzw. Nicht-Bestehen einer Vernachlässigung/psych. Misshandlung und über weiteres Vorgehen

**EINSCHÄTZUNG:** Am Ende der Einzelbewertungen zusammenfassende klinische Einschätzung vornehmen. Dabei sollen die einzelnen Kategorien des Bereiches **Grundversorgung** (z. B. Ernährung, Körperpflege, emotionale Versorgung) zu einem Gesamtwert zwischen -2 (sehr schlecht) und +2 (gut) nach klinischem Sachverstand zusammenfassend bewertet werden und unter „Grundversorgung und Schutz des Kindes“ unter „Beschreibung“ eingetragen werden. Abschließende Beurteilung auf der Seite „**Zusammenfassende Einschätzung**“ über die Bereiche Grundversorgung, körperliche bzw. psychische Erscheinung, Kooperationsbereitschaft der Sorgeberechtigten mittels klinischer Einschätzung von -2 (sehr schlecht) bis +2 (gut).

Richtlinie: Bei Minuswerten (-1) ab zwei Bereichen (z. B. Körperpflege und Betreuung) oder einer Bewertung „-2“ in einem Bereich sollte das Jugendamt einbezogen werden.

- Im Zweifelsfall Einschaltung KJP im SPZ (Konsil/Liaisongespräch) nach Teamentscheidung
- Dokumentation der Entscheidung und des weiteren Vorgehens (Blatt Aktendokumentation: Risikoeinschätzung)
- Bei ernst zu nehmendem Verdacht: Einschaltung Jugendamt

### 2.3 Diagnostische Vorgehensweise bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

- Immer stationäre Aufnahme!
- Allgemeinpädiatrische körperlicher Untersuchung:

**Achtung: Körperliche Untersuchung kann als weiterer Übergriff erlebt werden!**

- Allgemeinstatus und Genital-/Analstatus: insbesondere von Körperteilen, die in sexuelle Aktivitäten oft einbezogen sind: Brustbereich, Mund, Gesäß, Oberschenkelinnenseite

#### **Kindergynäkologische Konsiliaruntersuchung**

- Gynäkologie in der Geburtsmedizin
- Wenn sexueller Übergriff in den letzten 48-72 Stunden stattgefunden hat, muss die Untersuchung unverzüglich erfolgen, ansonsten kann diese sorgfältig geplant werden.
- Evtl. Benachrichtigung der Polizei zur Spurensicherung (vor Reinigungsmaßnahmen)
- Beurteilung von Klitoris, Labien, Vulvaränder, Urethralbereich, Hymen, Inguinalregion, Anus
- Evtl. zusätzliche Untersuchungen (mikrobiologische, virologische, serologische) oder Nachweis von Sperma
- Sexueller Missbrauch kann häufig durch eine körperliche Untersuchung nicht eindeutig diagnostiziert werden.
- Ggf. Kindergastroenterologische Mitbeurteilung!

#### **Laboruntersuchungen:**

- Untersuchung durch Kinderchirurgie, ggf. Gynäkologie
- Abstriche: Gonokokken, Chlamydien, Trichomonaden (vaginal, anal, pharyngeal)
- Virusanzucht: HSV 1 u. 2 aus Abstrich
- Serologie: Treponema pallidum, HIV, Hepatitis B und C
- Abstriche zum Spermienachweis: Gerichtsmedizin, vaginal (-48 h), anal (-24 h), Mundschleimhaut (-12h), ggf. stark reiben, gut trocknen lassen, nicht kühlen
- Spermienachweis auch im Urin
- EDTA-Blut und Serumröhrchen für Gerichtsmedizin

### ***Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliar-Untersuchung (immer!)***

- Erweiterte psychosoziale Diagnostik
  - Exploration des Kindes und der Eltern zum fraglichen sexuellen Missbrauch
  - Spezielle erweiterte Psychodiagnostik: z.B. mittels SOBEKI, CBCL, Angstfragebogen, Selbstwert-Fragebogen, Exploration mit dem Kind, Anamnese zur Schlafsituation und Schlafstörungen.
- Übergabe an das Jugendamt immer mittels Kinderschutzbogen (Handhabung und Bewertung siehe 3.2)

#### **2.4 Akutfall/Stationäre Aufnahme**

Ein Notfall besteht, wenn das Kind ist in seiner körperlichen, geistigen, seelischen Integrität akut gefährdet ist (rechtliche Grundlage: § 1666 BGB sowie Inobhutnahme nach § 42 KJHG).

- In diesem Fall sollte eine sofortige Aufnahme auf Station erfolgen. Möglichkeiten der Aufnahme:
- Aufnahme den Eltern mit medizinisch notwendigem Klärungs- bzw. Überwachungsbedarf erklären
- Androhung von Inobhutnahme nach § 42 KJHG falls Eltern der Aufnahme nicht zustimmen, d. h. den Eltern verdeutlichen, dass sonst Zwangsmassnahmen unter Einschaltung von JugA, Polizei, Familiengericht erfolgen; ebenso verdeutlichen, dass Mangel an Kooperation Misstrauen auf Seiten der Helfer erzeugt.
- **Die Inobhutnahme erfolgt durch das Jugendamt oder den Kindernotdienst!**
- Bei drohender Entziehung des Kindes sofort Kindernotdienst und Polizei rufen (bei Anruf Lage schildern und dringlich machen)
- Ebenso bei (drohender) Gewalt durch Angehörige (Gewalt am Telefon benennen)
- Polizei kann Eltern aus dem Krankenhaus verweisen und bestimmen, dass das Kind da bleibt, da es aus ärztlicher Sicht gefährdet ist

Im Notfall und bei Ratlosigkeit kann jederzeit auf die Mitglieder der Kinderschutzgruppe (s. Telefonlisten oder kinderschutzgruppe@charite.de), die Kinderschutzkoordinatoren der Jugendämter im Bezirk (8.00 – 18.00 Uhr) und den Kinder- oder Jugendnotdienst zurückgegriffen werden. Dieser ist 24 Std. am Tag telefonisch erreichbar, kommt vor Ort bzw. kann direkt nach SPZ-/ bzw. Klinikbesuch die Inobhutnahme für 24 Std. einleiten und durchführen. Danach je nach Einschätzung des behandelnden Arztes Klinik oder anderweitige Unterbringung.

**Bei Unsicherheiten, was zu tun ist, kann der Kindernotdienst anonym beraten!**

Kooperationspartner	Telefon/Fax
1. Zuständiger Sozialarbeiter	Wenn bereits Zusammenarbeit besteht und Telefonnummer bekannt ist
2. Über Kinderschutz-Hotline der Bezirke (8-18 Uhr)	Einwahl des Bezirks, dann -55555 (falls nicht bekannt, siehe 3.)
3. Hotline-Kinderschutz, 24 Std.	610066 <b>Leitet ggf. an die Bezirke weiter (von 8-18 Uhr)</b>
4. Kindernotdienst, 24 Std. (bis 14 Jahre)	610061 <b>Anonyme Beratung ist immer möglich!</b>
Jugendnotdienst, 24 Std. (ab 14 Jahre)	610062
Mädchennotdienst, 24 Std.	610063

#### ***Kontrolle und Absicherung***

- Schnellstmöglich: Kontakt zum Jugendamt oder Kindernotdienst durch Sozialarbeiter oder beh. Ärztin
- Nach 24 Stunden muss die Inobhutnahme durch das Familiengericht bestätigt werden, ansonsten muss das Kind entlassen werden
- Dokumentation in Akte über Erhebungsbögen

### 3 Dokumentation

Die Dokumentation der Befunde erfolgt über die verschiedenen Erhebungsbögen in der Akte. Die Markierung mit dem Stempel „Vertraulich – nur zum internen Gebrauch“ sichert den vertraulichen Umgang mit den Informationen. Bögen mit Stempel versehen und möglichst unter Fach „Internes“ abheften. Die Bögen sind für den internen Gebrauch und daher nicht für die Einsicht der Eltern bestimmt. Wollen die Eltern die Akten einsehen, sind die gestempelten Dokumente zu entnehmen. Dieses Verfahren wurde von der Datenschutz- und der Rechtsabteilung abgesichert. Im Gefährdungsfall (§34) oder bei schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten können sie nach Absprache mit der Leitung an das Jugendamt weitergeleitet werden (Dokumentationsbogen bei körperlicher Misshandlung und Kinderschutzbogen).

DIE DOKUMENTATIONSBÖGEN BEFINDEN SICH IN DEN ZUM HANDLUNGSKONZEPT GEHÖRENDE DATEIEN (ANHANG).

#### 3.1 Aktendokumentationsbogen: Risikoeinschätzung Kindeswohlgefährdung

Bei Verdacht bzw. bei gesicherter Kindeswohlgefährdung jeglicher Art ist immer der Aktendokumentationsbogen: Risikoeinschätzung Kindeswohlgefährdung auszufüllen (Anhang). Art und Grund des Verdachtes werden eingetragen, sowie weitere Maßnahmen. Der Aktendokumentationsbogen wird ebenso als Verlaufsbogen verwandt werden, zur Dokumentation der weiteren Maßnahmen oder Entscheidungen im Verlauf.

#### 3.2 Dokumentationsbogen zur körperlichen Misshandlung

Dieser Erhebungsbogen wurde von der Kinderchirurgie entwickelt und ist bei körperlicher Kindesmisshandlung vom Arzt auszufüllen. Zeitgleich hinzuziehen des Oberarztes!

Teil 1 - Körperlicher Untersuchungsstatus ist sofort bei Verdacht (z. B. in Rettungsstelle) auszufüllen. Der 1. Hilfe-Schein wird weiterhin ausgefüllt.

Teil 2 – Verlaufsbogen und Teil 3 – Ergänzungsbogen Anamnese sind im Verlauf auf der Station auszufüllen.

#### 3.3 Dokumentationsbogen zur Risikoeinschätzung (Kinderschutzbogen)

Der Kinderschutzbogen wird zu diagnostischen Zwecken v. a. bei komplexen Kinderschutzfällen, bei Fällen im Graubereich und bei Verdacht auf Vernachlässigung ausgefüllt. Körperliche Schädigungen oder Risikofaktoren können hier jedoch auch angegeben werden. **Da seit 2007 alle Jugend- und Gesundheitsämter in Berlin mit dem Kinderschutzbogen arbeiten, sollte dieser bei einer Übergabe in den oben genannten Fällen immer ausgefüllt vorliegen, um den Hilfeprozess zu beschleunigen.**

Mittels Kinderschutzbogen soll die Dokumentation und eine klinische Einschätzung der Gesamtsituation erfolgen: Heraussuchen der Dokumentationsbögen nach Altersgruppen (0-3 J., 3-6 J., 6-14 J., 14-18 J.) und des zur Einschätzung der „Grundversorgung“ und „Kooperation“ gehörigen Orientierungskatalogs. Dokumentationsbögen ausfüllen (bestimmte Bereiche können von uns nicht beurteilt/eingeschätzt werden, diese Felder werden freigelassen). **Die Beantwortung erfolgt ohne Befragung der Eltern!**

EINSCHÄTZUNG: Am Ende der Einzelbewertungen zusammenfassende Einschätzung vornehmen. Dabei sollen die einzelnen Kategorien des Bereiches **Grundversorgung** (z. B. Ernährung, Körperpflege, emotionale Versorgung) zu einem Gesamtwert zwischen -2 (sehr schlecht) und +2 (gut) nach klinischem Sachverstand zusammenfassend bewertet werden und unter „Grundversorgung und Schutz des Kindes“ unter „Beschreibung“ eingetragen werden. Abschließende Beurteilung auf der Seite **„Zusammenfassende Einschätzung“** über die Bereiche Grundversorgung, körperliche bzw. psychische Erscheinung, Kooperationsbereitschaft der Sorgeberechtigten mittels klinischer Einschätzung von -2 (sehr schlecht) bis +2 (gut).

→ Richtlinie: Bei Minuswerten (-1) ab zwei Bereichen (z. B. Körperpflege und Betreuung) oder einer Bewertung „-2“ in einem Bereich sollte das Jugendamt einbezogen werden.

#### 3.4 Sicherung von Beweismaterial

Bei körperlicher Misshandlung ist das Beweismaterial mittels Photos mit Maßstab und weiteren Untersuchungen zu sichern und zu dokumentieren. (Ggf. über Konsil oder Beratung durch Rechtsmedizin).

## 4 Interventionen

### 4.1 Eröffnungsgespräch

Hierunter ist nicht ein erstes Gespräch mit den Eltern bei unterschwelliger Vernachlässigung (Graubereich) zur Abklärung des Hilfebedarfs zu fassen, sondern ein Gespräch bei gesichertem oder begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Im diesem Fall kann den Eltern - nach Absprache mit dem Jugendamt, ggf. vorher Fachkonferenz ohne Beteiligung der Eltern - ein Hilfsangebot zur Unterstützung gemacht werden. Der Kontakt zum Jugendamt wird vermittelt. Es sollte immer versucht werden, die Kooperation der Eltern für weiterführende Maßnahmen zu erlangen.

#### ***Prinzipien für das Eröffnungsgespräch:***

Termin mit Eltern möglichst früh nach Abschluss der Diagnostik, jedoch erst nachdem das weitere Vorgehen gemeinsam im Team und mit den zuständigen Ämtern besprochen wurde (siehe Kooperationsvereinbarung). **Das Gespräch ist mindestens von zwei MitarbeiterInnen zu führen** (Vorbereitung des Gespräches im Team und Splitten der Rollen (z.B. Arzt-Psychologe); immer mit Sozialarbeiterin (ggf. Jugendamt)). Im Gespräch erfolgt die Konfrontation der Eltern (möglichst mit Arzt, Kinderpsychiater oder Psychologe, Sozialarbeiter) und Vorschlag eines Hilfsangebots:

- Ruhige Gesprächssituation schaffen zum Erhalt der Kooperationsbereitschaft
- Klare Verdachtsdiagnose anhand der erstellten Befunde äußern
  - Konfrontation mit Sachverhalt (1. Person, eher entfernter von Familie) eröffnet das Gespräch mit der Erklärung der somatischen Befunde oder und der Festlegung der Diagnose Kindesmisshandlung / Vernachlässigung (Gefährdungssituation des Kindes deutlich machen)
  - Den Kindseltern wird dann die Gelegenheit gegeben die Situation zu erklären, und ggf. die Verantwortung zu übernehmen
- Definition von Misshandlung als Krise / Konflikt
  - Die 2. Person (eher näher an Familie) definiert Kindesmisshandlung/Vernachlässigung als Notsituation/Überforderungssituation und versucht Belastungsfaktoren herauszuarbeiten.
  - Die Sozialarbeiter bieten Hilfskonzepte an (mit Verweis auf das Jugendamt, wenn nicht anwesend)
  - Je nach Situation und Gefährdungsgrad Fachkonferenz und Hilfefkonferenz (s. u.) zur Klärung des weiteren Vorgehens, ggf. Eilantrag beim Familiengericht und/oder schnelle Inobhutnahme, ggf. Strafanzeige.
- Nicht gegen Widerstand / Verleugnung der Eltern anrennen (Konflikte und Machtkämpfe vermeiden)
- Einführen eines Hilfsangebots in Kooperation mit dem Jugendamt/Gesundheitsdienst

### 4.2 Hilfeplanung und Maßnahmen

**Die Hilfeplanung erfolgt immer in Kooperation mit dem Jugendamt (s. Kap. 6).** Lediglich im Falle einer Einschätzung der Situation im „Graubereich“ (Kindeswohlgefährdung nicht gesichert bzw. kein dringender Verdacht) bei gleichzeitiger Ablehnung des Jugendamtes durch die Eltern werden klinikinterne Hilfskonzepte entwickelt und begleitet.

- Bei Kooperation der Eltern erfolgt ggf. eine erweiterte psychosoziale Diagnostik durch die Kinderpsychiater /Psychologe/Sozialarbeiter (z. B. über Liaisongespräche, Konsil, Interaktionsdiagnostik bei 0-5 Jahren).
- Entwicklung eines differenzierten Betreuungs- und Behandlungskonzept in Kooperation mit Jugendamt, ggf. Kinderarzt, ggf. Kinderschutzzentren oder anderen spezialisierten Beratungsstellen
- Bei Nichtkooperation der Eltern direkte Einschaltung des Jugendamtes, z. B. zur Durchführung einer Inobhutnahme nach dem KJHG § 42.
- Außerhalb der Dienstzeiten der Jugendämter sind hierfür zuständig: <14. Lj. Kindernotdienst, Tel. 61 00 61; ab 14. L, Jugendnotdienst Tel. 610062 (s. 1. Hilfe/Flussdiagramm)
- Bei stationärem Aufenthalt erfolgt die Entscheidung über Entlassung durch Klinikleitung nach abschließender Beratung mit allen Beteiligten; Entscheidung über familienrechtliche Maßnahmen und Strafanzeige.

## 5 Kooperation mit Jugendämtern und Gesundheitsdienst

Für die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und Gesundheitsdiensten ist die Kooperationsvereinbarung mit dem Bezirk Mitte zu beachten. Dieses Vorgehen ist auch mit den anderen Bezirken zu empfehlen. Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Bezirken sind geplant.

- Sinnvoll ist eine gemeinsame formale und inhaltliche Vorgehensweise (Kooperationsvereinbarung, Dokumentation über Kinderschutzbogen)
- Datenschutz: Bei Fällen, die im „Graubereich“ liegen, kann eine Fach- oder Hilfekonferenz bzw. die Informationsweitergabe nur mit Erlaubnis der Eltern (Schweigepflichtentbindung) erfolgen. Bei dokumentierter gesicherter Kindeswohlgefährdung oder bei dokumentiertem begründeten Verdacht mit der Gefahr einer gesundheitlicher Schädigung (körperlich, kognitiv, emotional, entwicklungsbezogen) auch ohne Erlaubnis der Eltern nach §34 StGB.
- Nach Diagnostik und Dokumentation folgt eine interdisziplinäre Fachkonferenz ohne Beteiligung der Eltern (EINFORDERN!) um Informationen auszutauschen und ein gemeinsames Vorgehen zu planen.
- In der Kooperationsvereinbarung sind gegenseitige Rückmeldungen festgelegt um den Informationsfluss zu erleichtern
- Der Gesundheitsdienst (KJGD/KJPD) kann von uns kontaktiert werden als zusätzlicher Kooperationspartner, bei Kindern unter 2 J. immer, und wenn medizinisches Wissen zum Verständnis der Situation benötigt wird.
- Die Beteiligung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), ggf. des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) und/oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) an Fachkonferenzen wird angestrebt.

### 5.1 Jugendamt als kooperierende Instanz

Das Jugendamt ist rechtlich verpflichtet, jede Meldung von Kindeswohlgefährdung zu dokumentieren, dieser nachzugehen und das Kind zu schützen (Wächterfunktion nach §8a KJHG)

#### *Arbeitsweise des Jugendamtes*

- Arbeitet nach möglichst niederschweligen Richtlinien (So viel Hilfe wie nötig, so wenig Hilfe wie möglich)
- Oberste Priorität: Familienunterstützende Maßnahmen = Hilfen mit Aktivierung der familiären Ressourcen
- Kann nur Maßnahmen in Kooperation mit den Eltern einleiten, ansonsten benötigt es die „Erlaubnis“ des Familiengerichts (Ausnahme: kurzfristige Inobhutnahme)
- Ist auf enge Zusammenarbeit mit allen beteiligten Institutionen angewiesen (z.B. Kita, Schule, SPZ, Kinderarzt), mit diesen gibt es teilweise Kooperationsvereinbarungen
- Infos von allen Beteiligten werden anhand der familiären Realität und Lebensweise „kritisch“ überprüft
- Jugendamt ist vernetzt mit dem Gesundheitsdienst:
  - KJGD Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
  - KJPD Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
  - SPD Sozialpsychiatrischer Dienst

### 5.2 Jugendamt - Einschaltung und Informationsweitergabe (Vorgehen)

#### *Zeitpunkt der Involvierung des Jugendamtes:*

- Bei akuter Gefährdung (gesundheitlich, psychisch, etc.) ist sofortige Kontaktaufnahme erforderlich
- Nach Ende der Diagnostik (und Dokumentation!) bei gesichertem oder begründetem Verdacht
- Vor dem Eröffnungsgespräch, eine Teilnahme am ersten Gespräch ist jedoch meist nicht sinnvoll
- Wenn im „Graubereich“ Hilfemaßnahmen im SPZ nicht ausreichen und von den Eltern nicht angenommen werden und eine gesundheitliche Schädigung droht

#### *Ansprechpartner bei Kindeswohlgefährdung:*

- Zuständiger Sozialarbeiter des Jugendamtes des jeweiligen Wohnbezirks des Patienten; (ASD = Allgemeiner Sozialer Dienst/ Pflegekinderdienst)
- Kinderschutzkoordinatoren (von 8.00 – 18.00 Uhr erreichbar)
- 24 h erreichbar: Kindernotdienst

#### *Kontaktaufnahme*

- Parallel telefonisch und immer! auch schriftlich (Fax, später schriftliche Stellungnahme mit KSB; Anhänge)
- → Vorherige telefonische Information/Erläuterung. Abläufe für den konkreten Einzelfall abstimmen!

- Von unserer Seite wird die Meldung dokumentiert (z. B. Kopie vom Fax) um im Härtefall (z. B. Tod des Kindes) eine Meldung an das Jugendamt nachweisen zu können!
- Zusätzlich Brief mit Dokumentation der internen Einschätzung (KSB), vom Arzt/Psychologen unterzeichnet
- Brief: Die Kindeswohlgefährdung deutlich machen (ggf. Gefahrenanzeige zur Vorlage); auch die psychische Seite deutlich benennen und herausarbeiten, immer konkret und mit Beispielen der Grundbedürfnisse.
- Brief inklusive konkreten Empfehlungen, was aus medizinischer und psychologischer, therapeutischer, interdisziplinärer Sicht für die Hilfe/den Schutz des Kindes zu tun ist
- Vereinbarung eines Termins für eine Fachkonferenz zum persönlichen Informationsaustausch (ohne Eltern!)
- Informationen an Dritte nur mit schriftlichem Einverständnis beider Sorgeberechtigter, Ausnahme: Kindeswohlgefährdung, ggf. in letzter Terminvergabe an KE mitteilen, dass bei Nichtwahrnehmung oder Nichtkooperation Benachrichtigung des Jugendamtes erfolgt

### 5.3 Fach- und Hilfef Konferenzen

- In einer ersten Fachkonferenz (ohne Eltern) mit den Ämtern Zeitraum und Kriterien von Maßnahmen festlegen, medizinische Sichtweise und Notwendigkeiten verdeutlichen!
- Erst nach der Fachkonferenz erfolgt eine Hilfef Konferenz mit Jugendamt und den Eltern
- Setzen von zeitlichen Fristen (Rückmeldung/erneute Fachkonferenz): Nachprüfen der Hilfen und Maßnahmen
- Wenn auf Anfrage oder Meldungen von Seite der Klinik/Ambulanz keine Rückmeldung des Jugendamtes erfolgt, sollte eine erneute Kontaktaufnahme spätestens nach 3 Tagen über Kinderschutzkoordinatoren erfolgen

### 5.4 Problemfelder in der Zusammenarbeit mit Ämtern/strittige Fälle

- Jugendamt kommt zu einer anderen Einschätzung der Gefährdungssituation und handelt deswegen nicht bzw. verzögert.
- Eltern kooperieren nicht, Jugendamt schaltet Familiengericht nicht ein
- Eingesetzte Hilfen erweisen sich als nicht ausreichend
- Die medizinischen Notwendigkeiten werden nicht ausreichend berücksichtigt

#### *Vorgehen bei „strittigen Fällen“*

- Schnelle (schriftliche) Mitteilung an die Regional- oder Amtsleitung (Kopie aller Dokumentationen und Befunde) mit bitte um Termin für Fachkonferenz (mit Sozialarbeitern und Leitung)
- Hinzunahme weiterer Kooperationspartner (KJGD, KJPD, SPD)
- Kann keine Einigung erzielt werden erfolgt die Einschaltung des Familiengerichts

#### *Einschalten des Familiengerichts*

- Möglichst immer gemeinsam mit Jugendamt, da Familiengericht häufig deren Einschätzung folgt.
- Ansprechpartner, wenn das Jugendamt nicht/langsam/inadäquat aus unserer Perspektive handelt
- Antrag: Gehört werden als Sachverständige!
- Urteile v. Gericht anfordern
  - positiver Entscheid (in unserem Sinne): Hilfeplanung/Maßnahmen mit JugA/KJGD
  - Entscheidung nicht in unserem Sinne: Abgabe der Fallführung an KJGD/ KJPD
- alle relevanten Unterlagen mit Auftrag die Fallführung zu übernehmen an KJGD/KJPD postalisch übergeben

### 5.5 Hinweise zu Briefen/Stellungnahmen an das Jugendamt und das Familiengericht

- Die Erwähnung von Paragraphen ist als Vorschlag/Untermauerung der Briefe gedacht und sollten nicht unbedacht beim Umgang mit dem Jugendamt verwandt werden. Zur Unterstreichung der Angaben kann jedoch in praktisch jedem Brief der Paragraph § 1666 ohne Ausführung erwähnt werden (Schutz des Kindes bei Kindeswohlgefährdung). Auf den § 1666a sollte sich v. a. bezogen werden bei akuter Gefährdung
- § 27 Hilfen zur Erziehung; alle Hilfen sind hier aufgelistet und können ggf. als Maßnahme im Brief vorgeschlagen werden (§ 53 SGB XII; meist zutreffender als § 27, da hier „Hilfen zur Erziehung bei körperlichen Schäden/Krankheiten“)
- § 8a SGB VIII ersetzt den § 50 seit 2005 (Bezieht sich auf Schutzauftrag des Jugendamtes, diesen § nicht im Brief verwenden/ eher Hintergrundinformation für uns)
- Hinweise zu Briefen an die Regional- und Amtsleiter:

- Textbausteine: Bezug nehmend auf Schreiben vom..., Akute Gefahr, Situation weiterhin zugespitzt, dabei konkrete Aufforderung zum sofortigen, unverzüglichen Handeln
- Wenn Kind nicht neu bei Jugendamt: Frage: Wurden die Auflagen des Jugendamtes durch die Eltern erfüllt?
- Medizin. Versorgung ist nicht gewährleistet (ggf. Hinweis auf Kooperation!)
- Med. Verantwortung an Gesundheitsdienst/Jugendamt abgeben

## 6 Prävention

An verschiedenen Standorten am CharitéCentrum 17 werden Maßnahmen, die unter primärer Prävention zu subsumieren sind, angeboten. Diese Projekte haben sich unabhängig und zu unterschiedlichen Zeiten entwickelt, dienen jedoch alle der verbesserten Situation von Familien und beugen damit Kindeswohlgefährdung vor. Die regulären Angebote des Sozialpädiatrischen Zentrums und der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters sind hier ebenso zu erwähnen und unter den jeweiligen Internetseiten einzusehen.

### 6.1 Elternzentriertes Beratungsmodell (Elternberatung)

- Standort: Klinik für Neonatologie; Charité Campus Virchow-Klinikum
- Zielgruppe: Familien mit frühgeborenen Kindern, kranken Neugeborenen oder mit bes. Betreuungsbedarf
- Ziele: Prä- und Postpartale Betreuung, Krisenbegleitung, Entlassungsvorbereitung, Nachsorge  
Förderung einer sicheren Eltern- Kind- Bindung und der elterlichen Kompetenz  
Psycho- soziale und pflegerische Beratung  
Frühe Identifizierung von Risikofamilien  
Vernetzung, Koordination und Interdisziplinäres Management
- Interventionen: u.a. Prä- und postpartale Besuchsdienste bei den Müttern  
Elternbibliothek- Infothek, Einzelberatungen , Still-+ Abpumpberatungen  
Badeanleitungen und Säuglingspflegekurs, Elterngruppen, Babymassage  
Sozial- und Pflegevisite, Identifizierung und Organisation des Unterstützungsbedarfs  
Entlassungsüberprüfung/ -vorbereitung, Pflegerische Entlassungsgespräche  
Nachsorgetelefonate, Ehemaligengruppe, Frühchenfest
- Kooperationen: Elternberatung-Mitte, Neonatologie, Geburtshilfe Prä- und Postpartal, Klinik-Sozialdienst; Psychosomatik der Geburtsmedizin, Häusliche Kinderkrankenpflege, Sozialmedizinische Nachsorge, SPZ, Milchküche
- Kontakt: Elternberatung in der Neonatologie  
Charité Campus Virchow-Klinikum, CC17  
Augustenburger Platz 1  
Mittelallee 11  
Ebene 4 / Station 40i  
13353 Berlin  
450- 566 473/666 473  
elternberatung@charite.de

### 6.2 Angebot für süchtige Eltern in den Geburtskliniken - Infektionsambulanz

- Standort: Klinik für Geburtsmedizin; Charité Campus Virchow-Klinikum
- Zielgruppe: Substanzmittelabhängige und/oder HIV-infizierte Schwangere, Hepatitis-C infizierte Schwangere
- Ziele: Geburtsmedizinische Versorgung während der Schwangerschaft, Etablierung eines stabilen Betreuungsnetzwerkes, Begleitung bei Substitution bzw. Opiatentzug
- Interventionen: Beratung und Begleitung der Schwangeren, Beratende Unterstützung bei Substitutionstherapie und Opiatentzug, Sozialgutachten an das Jugendamt vor Entlassung von Mutter und Neugeborenem, gegebenenfalls Einleitung medizinischer Maßnahmen für das Neugeborene
- Kooperationen: Einrichtungen der Sucht- und Familien-/Jugendhilfe (z.B. Wigwam), Jugendamt, niedergelassene Ärzte (Substitutionstherapie)

Kontakt: Infektionsambulanz der Klinik für Geburtsmedizin  
Charité Campus Virchow-Klinikum, CC17  
Augustenburger Platz 1  
Mittelallee 11  
13353 Berlin

Tel: 450-564 112

infektionsambulanz@charite.de

## 7 Berliner Systeme und Kooperationspartner (Adressen)

### *Kinderschutz - Koordinatoren (Bezirk/JugA.)*

Montag bis Freitag von 08.00-18.00 Uhr

Bezirk	Jugendamt
Mitte	90 18 25 5555
Charlottenburg-Wilmersdorf	90 29 1 5555
Reinickendorf	90 294 5555
Steglitz-Zehlendorf	90 299 5555
Pankow	90 295 5555
Spandau	33 03 5 5555
Friedrichshain-Kreuzberg	90 298 5555
Tempelhof-Schöneberg	90 277 5555
Neukölln	68 09 5 5555
Treptow-Köpenick	90 297 5 5555
Marzahn-Hellersdorf	90293 5555
Lichtenberg	90296 5555

### *Kinderschutz: 24 Stunden-Dienste*

Die zentrale Hotline ist angebunden beim Kindernotdienst im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. **Die Hotline ist rund um die Uhr von Kinderschutzberatern besetzt.** Bei jeder eingehenden Meldung nehmen die Beraterinnen und Berater eine Risikoeinschätzung vor und leiten gegebenenfalls Kinderschutzmaßnahmen ein.

Die **Notdienste** sind rund um die Uhr telefonisch zu erreichen:

**Kindernotdienst** (bis 14 Jahre) Telefon **61 00 61**

**Jugendnotdienst** (ab 14 Jahre) Telefon **61 00 62**

**Mädchennotdienst** Telefon **61 00 63**

**Hotline-Kinderschutz** Telefon **61 00 66**

### *LKA 125: Delikte an Schutzbefohlenen*

Hinweise/Beratung auch anonym 4664 912 555

### *LKA 13: Sexueller Missbrauch*

Tagesdienst bis 19.30 4664 913 002