



Leseprobe aus Dittmann-Wolf, Jugendamt und Rechtsmedizin  
im Kinderschutz, ISBN 978-3-7799-7636-3

© 2023 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel  
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/  
gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7636-3](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-7636-3)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	9
	<b>Teil I: Bezugspunkte, Forschungsstand, Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen</b>	13
<b>2</b>	<b>Die Kinder- und Jugendhilfe und die Rechtsmedizin im Kinderschutz</b>	14
2.1	Rolle und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe und der (Rechts-)Medizin im (medizinischen) Kinderschutz	15
2.1.1	Die Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz	15
2.1.2	Die Rechtsmedizin im (medizinischen) Kinderschutz	25
2.2	Begegnung und Zusammenarbeit von Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz	36
2.3	Die Kooperation zwischen Jugendamt und (Rechts-)Medizin – Herausforderungen	37
2.4	Medizin und Jugendamt: Zusammenwirken und Einfluss auf das Kinderschutzhandeln – der Forschungsstand	41
2.5	Exkurs: „Professionelle Besonderheiten“ der Kinder- und Jugendhilfe und der (Rechts-)Medizin	46
2.6	Der Einbezug der Rechtsmedizin und ihr Einfluss auf die Kinderschutzpraxis im Jugendamt – Erkenntnisinteresse und Fragestellung	54
<b>3</b>	<b>Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen – das Wissen von Expert*innen als zentrales Element</b>	57
3.1	Jugendamtsmitarbeitende und Rechtsmediziner*innen als Expert*innen?	58
3.2	Das Wissen der Expert*innen	60
3.3	Feldzugang und Sampling	62
3.4	„Fundierende Experteninterviews“ und Fokusgruppe – die Datenerhebung	68
3.4.1	„Fundierende Experteninterviews“	68
3.4.2	Die Fokusgruppe mit Expert*innen	74
3.5	Sekundäranalyse	76

3.6	Aufbereitung und Analyse	79
3.6.1	Datenaufbereitung	79
3.6.2	Analyse der Daten	79
3.7	Kritische Reflexion des Forschungsprozesses	82
<b>Teil II: Ergebnisse der empirischen Analyse</b>		<b>85</b>
<b>4</b>	<b>Initiales Geschehen der Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz</b>	<b>86</b>
4.1	Die Perspektive des Jugendamtes	86
4.1.1	Kenntnis der Rechtsmedizin als Grundvoraussetzung der Begegnung	87
4.1.2	Körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch und komplexe Fallkonstellationen als initiale äußere Anlässe der Begegnung	89
4.1.3	Gründe der Jugendamtsfachkräfte die Rechtsmedizin zu involvieren und Erwartungen	91
4.1.4	Hohe Hürden bei „unkooperativen“ Eltern	94
4.1.5	Heterogene und wenig etablierte Wege zur Begegnung	96
4.1.6	Ärzt*innen anderer Fachgebiete als erste Ansprechpartner*innen?	100
4.2	Die Perspektive der Rechtsmedizin	101
4.2.1	Sensible und zweifelnde Haltung als Voraussetzung der Begegnung	102
4.2.2	Nicht nur „typische“ Anlässe führen zur Begegnung	103
4.2.3	Vielfältige Wege zur Begegnung	105
4.3	Zusammenführung der Perspektiven	108
<b>5</b>	<b>Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz</b>	<b>111</b>
5.1	Die Perspektive des Jugendamtes	111
5.1.1	Blick auf die eigenen Kompetenzen und Bedarfe	112
5.1.2	Die Rechtsmedizin als angesehene Profession mit neutraler Haltung und differentem Stellenwert	114
5.1.3	Kein feststehender Zeitpunkt der Begegnung im Fallverlauf	120
5.1.4	Der Nutzen der Rechtsmedizin für das Jugendamt im Fall	121
5.1.5	Eine positive Kooperationsbeziehung – Jugendamt und Rechtsmedizin	137
5.1.6	Mediziner*innen anderer Fachgebiete im Vergleich zur Rechtsmedizin	150

5.2	Die Perspektive der Rechtsmedizin	155
5.2.1	Selbstbild und Rolle der Rechtsmedizin und Möglichkeiten der Unterstützung im Kinderschutz	156
5.2.2	Blick der Rechtsmediziner*innen auf das Jugendamt	171
5.2.3	Bedarfe des Jugendamtes aus Sicht der Rechtsmediziner*innen	174
5.2.4	Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung des Jugendamtes durch die Rechtsmedizin	176
5.2.5	Sich abbildende Aspekte der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt	180
5.2.6	Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Rechtsmediziner*innen	193
5.3	Zusammenführung der Perspektiven	195
<b>6</b>	<b>Die Phase nach der Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin</b>	<b>202</b>
6.1	Die Perspektive des Jugendamtes	202
6.1.1	Steigerung der Sicherheit im Fall	202
6.1.2	Einordnung der rechtsmedizinischen Einschätzung im Nachgang als Bürde	204
6.1.3	Rückmeldung an die Rechtsmedizin über den weiteren Fallverlauf	205
6.2	Die Perspektive der Rechtsmedizin	205
6.2.1	Bedürfnis nach Rückmeldung zu dem weiteren Fallverlauf	206
6.2.2	Die Rechtsmedizin ergreift die Initiative	207
6.3	Zusammenführung der Perspektiven	208
<b>7</b>	<b>Besonderheiten der Begegnung von Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz</b>	<b>209</b>
7.1	Jugendamt und Rechtsmedizin als „entfernte Kooperationspartner*innen“	209
7.2	Die Rechtsmediziner*innen als „außergewöhnliche Kooperationspartner*innen“	213
7.3	Heterogene Bedeutung der Rechtsmedizin und ihrer Expertise	217
7.4	„Friedliche Koexistenz“ – Klare Zuständigkeitsbereiche mit punktuell vulnerablen Grenzen	223
7.5	(Status-)Unsicherheiten der Jugendamtsfachkräfte	225

<b>Teil III: Theoretische Anschlüsse und Fazit</b>	227
<b>8 „Viel Wirbel um wenig“ – eine ungeordnete, aber insgesamt positive Begegnung</b>	228
8.1 Professionstheoretische Überlegungen zur Begegnung von Jugendamt und Rechtsmedizin: Zwischen unsicherer und „reflexiver Professionalität“	230
8.1.1 Unsicherheiten im professionellen Selbstverständnis: Folge des Zusammenspiels äußerer Zuschreibungen und empfundener Mängel	231
8.1.2 Die heterogene Bedeutung der Rechtsmedizin als Anhaltspunkt „reflexiver Professionalität“ der Jugendamtsfachkräfte	234
8.1.3 Fazit – Integration der Eigenschaft „reflexiver Professionalität“ als stärkendes Element professionellen Selbstverständnisses	239
8.2 Die „außergewöhnliche“ und „entfernte Kooperationspartnerschaft“ im Lichte kooperations- und organisationstheoretischer Aspekte	241
8.2.1 Einordnung der Zusammenarbeit von Jugendamt und Rechtsmedizin in das „dynamische 4 × 4 Konfigurationsmodell“	242
8.2.2 Erklärungen für die „außergewöhnliche Kooperationspartnerschaft“: Konsens über Unterschiedlichkeit und Grenzen	252
8.2.3 Jugendamt und Rechtsmedizin – eine „schwach institutionalisierte Begegnung“	255
8.2.4 Fazit – Alles gut wie es ist? – Möglichkeiten förderlicher Veränderungen	260
<b>9 Beitrag und Rolle der Rechtsmedizin – keine „Vorkämpferin“, aber doch bedeutsam und positiv</b>	263
<b>Tabellenverzeichnis</b>	266
<b>Anmerkungen zur Transkription der Interviews</b>	267
<b>Literatur</b>	268
<b>Danksagung</b>	278

# 1 Einleitung

Vor dem Hintergrund der Bestrebungen der vergangenen Jahre, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl zu verbessern, wuchs auch die Bedeutung des Gesundheitswesens im Kinderschutz und hiermit einhergehend die Relevanz der Vernetzung und Kooperation von Mitarbeitenden des medizinischen Systems und der Kinder- und Jugendhilfe. In diesem Zusammenhang ist auch die Rechtsmedizin an dem Schutz von Kindern und Jugendlichen beteiligt und ihre Expertise fließt auf unterschiedlichen Wegen in die Kinderschutzarbeit, auch in die Tätigkeit der Jugendamtsfachkräfte im Kinderschutz, ein. Welche Rolle die Rechtsmedizin im Kinderschutz innehat und welchen Beitrag sie in diesem Zusammenhang leistet, fand in der fachdiskursiven Erörterung bisweilen jedoch nur marginal Beachtung. Beispielweise wird die Rechtsmedizin im Fachdiskurs oftmals nicht als „gängige“ Kooperationspartnerin des Jugendamtes angeführt (vgl. zum Beispiel Ziegenhain et al. 2011; van Santen/Seckinger 2019, S. 365 ff.) und es finden sich kaum Studien, die sich explizit mit ihrer Rolle und ihrem Beitrag im Kinderschutz auseinandersetzen. Etwas stärker in den Blick rückte diese Frage, nachdem zwei Rechtsmediziner\*innen<sup>1</sup> der eigenen Profession eine Vorreiterrolle im Kinderschutz zuschrieben (vgl. Tsokos/Guddat 2015, S. 111 ff.) und gleichzeitig deutliche Kritik, vor allem an der Tätigkeit der Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz, übten (vgl. Tsokos/Guddat 2015, S. 162). Dieser Position wurde vonseiten einiger Vertreter\*innen der Sozialen Arbeit mit einer „Streitschrift zum Kinderschutz“ (Biesel et al. 2019) begegnet, welche sich mit den strukturellen Begebenheiten und Verfahren im Kinderschutz in Deutschland (vgl. Biesel et al. 2019, S. 10) sachlich und differenziert auseinandersetzt und zu dem Schluss kommt, dass der Rechtsmedizin im Kinderschutz „(...) eine wichtige, aber in der Zusammenschau doch eher marginale Rolle (...)“ (ebd., S. 72) zukommt.

Der Fokus dieser Arbeit greift die Frage nach dem Beitrag und der Rolle der Rechtsmedizin im Kontext des Kinderschutzes auf, ist jedoch noch spezifischer

---

1 Insgesamt wird versucht eine geschlechtsneutrale Schreibweise zu nutzen. Ist dies nicht möglich, wird in der Regel eine gendergerechte Schreibweise verwendet. In der Regel wird der Genderstern genutzt, um auch weitere Geschlechterkategorien einzubeziehen, auch wenn dies zu grammatikalisch falschen Formen führen kann. In manchen Fällen wird versucht den Einbezug aller Geschlechter auf andere Weise darzustellen, beispielsweise mit einem Schrägstrich (zum Beispiel die Ärztin/der Arzt). In seltenen Fällen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Genderschreibweise ganz verzichtet, beispielsweise bei dem Begriff „Experteninterview“. Auch in den Fällen, in denen keine gendergerechte Schreibweise genutzt wird, sind stets alle Personen, unabhängig davon welchen Geschlechts sie sind, gemeint.

ausgerichtet. Im Zentrum steht die Untersuchung der Begegnung<sup>2</sup> von Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz. Es wird der Frage nachgegangen, welche Rolle die Rechtsmedizin für die Jugendämter bzw. für die in ihnen tätigen Fachkräfte mit Blick auf das für sie herausfordernde Tätigkeitsfeld „Kinderschutz“ einnimmt und welcher Beitrag sich für die Jugendämter bzw. die Jugendamtsfachkräfte aus der Begegnung mit der Rechtsmedizin im Kinderschutz ergibt. Hieraus folgen weitere vielschichtige Fragestellungen, die in dieser Arbeit von Interesse sind, unter anderem welche Bedeutung der Einbezug der rechtsmedizinischen Expertise für die Jugendamtsfachkraft und den Verlauf eines Kinderschutzfalles hat, wie sich die Kooperationsbeziehung zwischen beiden Professionen gestaltet, inwieweit sich Differenzen hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin im Vergleich zur Zusammenarbeit mit Mediziner\*innen anderer Fachgebiete offenbaren und ob auch professionspezifische Eigenschaften bezogen auf die hier untersuchte Begegnung eine Rolle spielen.

Einführend werden in Kapitel 2 die Verortung und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Jugendämter und ihrer Mitarbeitenden sowie der Rechtsmediziner\*innen im Kinderschutz dargelegt. Zudem werden mit diesen zusammenhängende, für diese Studie relevante, fachwissenschaftliche und theoretische Bezugspunkte erläutert. Auch wird der Forschungsstand dargestellt und in diesem Rahmen vor allem Studien herangezogen, die im Kontext der Begegnung und Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit dem medizinischen System auf Statusdifferenzen und Tendenzen der Subordination des Jugendamtes unter andere („alte“) Professionen hinweisen sowie Anhaltspunkte zum Umgang und zur Einordnung von medizinischen Beurteilungen durch die Jugendamtsfachkräfte

---

2 Der Begriff „Begegnung“ wurde an dieser Stelle gewählt, da sich unter ihm alle Aspekte subsumieren lassen, die mit Blick auf die hier untersuchte Konstellation von Bedeutung sind. „Begegnung“ wird hier definiert als ein Kontakt, der sowohl überaus flüchtig als auch über eine längere Dauer unterschiedlich intensiv und kooperativ gestaltet sein kann, der direkt oder auch indirekt (über Dritte) stattfinden kann und der auf das jeweilige nachfolgende Handeln und Geschehen in unterschiedlicher Weise und Intensität Einfluss nehmen kann. So wird davon ausgegangen, dass eine Begegnung von Jugendamt und Rechtsmedizin nicht mit einer Kooperation zwischen diesen Systemen und ihren Akteur\*innen gleichzusetzen ist. Vielmehr kann Kooperation im Rahmen der Begegnung stattfinden, es besteht jedoch ebenso die Möglichkeit, dass sich die beiden Systeme im hier definierten Sinne begegnen, jedoch nicht miteinander kooperieren. Das wäre beispielsweise der Fall, wenn sich eine Kinderschutzgruppe von der Rechtsmedizin konsiliarisch beraten lässt und das Ergebnis dem Jugendamt, im Rahmen einer Fallkonferenz, vonseiten der Kinderschutzgruppe mitgeteilt wird. Hier würde die Rechtsmedizin bzw. ihre Expertise dem Jugendamt „begegnen“, jedoch würden Jugendamt und Rechtsmedizin nicht direkt zusammenarbeiten. Dennoch sind die nachfolgenden Ausführungen sowohl mit Blick auf die Begegnung als auch bezogen auf die Kooperation zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin von Bedeutung. Denn beispielsweise könnten einige der in Kapitel 2.3 aufgezeigten Kooperationshindernisse Einfluss auf den Umgang mit der rechtsmedizinischen Expertise seitens des Jugendamtes haben, obwohl beide Akteur\*innen nicht unmittelbar zusammengearbeitet haben.

geben. In einem Exkurs werden einige professionelle Spezifika der Kinder- und Jugendhilfe und der (Rechts-)Medizin erörtert, von denen angenommen wird, dass sie zur Beantwortung der hier interessierenden Fragestellungen von Bedeutung sind, bevor das Erkenntnisinteresse und die der Untersuchung zugrundeliegende zentrale Fragestellung erläutert werden.

Die Darstellung des Forschungsdesigns erfolgt in Kapitel 3. Der qualitativ ausgerichtete methodische Zugang ermöglichte es mithilfe von Experteninterviews sowie einer Gruppendiskussion bzw. Fokusgruppe Interpretationen, Erfahrungsräume, „Deutungswissen“ (Bogner et al. 2014, S. 18) und -muster, auch Denk- und Handlungslogiken sowohl der Jugendamtsfachkräfte als auch der Rechtsmediziner\*innen in die Untersuchung einfließen zu lassen. In diesem Zusammenhang wird dargestellt, vor welchem Hintergrund sich Jugendamtsfachkräfte und Rechtsmediziner\*innen mit Blick auf die untersuchte Fragestellung als Expert\*innen einordnen lassen. Verschiedene Wissensformen werden erklärt und es wird erläutert, welche Wissensformen hier im Zentrum des Interesses stehen. Auch werden die Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten sowie die stattgefundene Sekundäranalyse behandelt und der Forschungsprozess kritisch reflektiert.

In Kapitel 4, Kapitel 5 und Kapitel 6 erfolgt die Darstellung der empirischen Ergebnisse. Analog der im Rahmen des Analyseprozesses bestimmten Analyseinheiten bzw. Prozessabschnitte beschreibt Kapitel 4 die empirischen Befunde im Zusammenhang mit dem initialen Geschehen vor der Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin. Aus der Perspektive des Jugendamtes werden hier unter anderem Voraussetzungen, Anlässe, Gründe und Erwartungen mit Blick auf den Einbezug der Rechtsmedizin fokussiert und die Wege zur Begegnung beider Professionen aufgezeigt (Kapitel 4.1). Auch die sich aus der Perspektive der Rechtsmedizin offenbarenden Voraussetzungen, Anlässe und Wege zur Begegnung mit dem Jugendamt finden hier Beachtung (Kapitel 4.2). Abschließend werden die sich aus den Perspektiven beider Professionen ergebenden Befunde zusammengeführt (4.3). Kapitel 5 behandelt die Phase der eigentlichen Begegnung von Jugendamt und Rechtsmedizin. Aus der Perspektive des Jugendamtes (5.1) präsentiert sich hier beispielsweise der Nutzen der Rechtsmedizin für das Jugendamt im Fall, die Gestaltung der Kooperationsbeziehung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin sowie auch die Einordnung der Expertise und Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin im Vergleich zu Ärzt\*innen anderer Fachgebiete. Aus der Perspektive der Rechtsmedizin (5.2) zeigen sich unter anderem Befunde zum Selbstbild, der selbst zugeschriebenen Rolle und den Möglichkeiten sowie Grenzen der Unterstützung vonseiten der Rechtsmedizin im Kinderschutz insgesamt und des Jugendamtes im Speziellen. Ebenso werden hier die sich aus der Perspektive der Rechtsmedizin abbildenden, bedeutsamen Aspekte bezogen auf die Kooperation mit dem Jugendamt dargestellt. Auch hier findet eine Zusammenführung der sich aus den Blickwinkeln der beiden Professionen



ergebenden Befunde statt (5.3). Mit der Frage, was sich im Nachgang der Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz ereignet, befasst sich Kapitel 6. Aus der Perspektive des Jugendamtes (6.1) wird unter anderem beschrieben, inwieweit sich das Bedürfnis ergibt die „Sicherheit“ im Fallverlauf weiter zu steigern und dass eine rechtsmedizinische Einschätzung auch als „Bürde“ empfunden werden kann. Aus der Perspektive der Rechtsmedizin (6.2) zeigt sich hier das Bedürfnis nach Rückmeldung zum weiteren Fallverlauf. Auch in diesem Kapitel werden abschließend die Perspektiven beider Professionen miteinander verbunden (6.3).

In Kapitel 7 findet die Zusammenführung der drei Analyseeinheiten und Abstrahierung der bisherigen Ergebnisse statt. In diesem Kontext werden verschiedene Schwerpunkte herausgearbeitet. Beispielsweise werden Jugendamt und Rechtsmedizin als „entfernte“ sowie „außergewöhnliche“ Kooperationspartner\*innen identifiziert (Kapitel 7.1 und 7.2). Weiter wird die sich abbildende heterogene Bedeutung der Rechtsmedizin bzw. ihrer Expertise für die Jugendamtsfachkräfte in einem Kinderschutzfall erläutert (Kapitel 7.3) und beschrieben, welche Hinweise die Daten mit Blick auf den Umgang mit den Zuständigkeitsbereichen und -grenzen beider Professionen geben (7.4). Zudem wird aufgezeigt, inwieweit in den Daten professionelle Unsicherheiten der Jugendamtsfachkräfte offenkundig werden (7.5).

Das 8. Kapitel befasst sich mit der querliegenden Struktur der empirischen Ergebnisse der Untersuchung und schließt diese an verschiedene Themenfelder an. So bezieht Kapitel 8.1 die Befunde auf professionstheoretische Überlegungen, erläutert die sich aus den Daten ergebenden Hinweise bezogen auf eine unsichere sowie auch „reflexive Professionalität“ (Dewe/Otto 2012; Dewe 2013; Dewe/Otto 2018b) der Jugendamtsfachkräfte und schließt mit einem Fazit. Kapitel 8.2 beschreibt den Rekurs auf kooperations- sowie organisationstheoretische Aspekte. In diesem Zusammenhang werden mögliche Erklärungen für die „außergewöhnliche Kooperationspartnerschaft“ dargelegt und als Hintergrund für die „entfernte Kooperationspartnerschaft“ zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin eine „schwach institutionalisierte Begegnung“ beschrieben. Auch dieses Kapitel schließt mit einem Fazit, das sich unter anderem mit der Frage nach der Bedeutung der Erkenntnisse für die Praxis sowie konstruktiven Veränderungsmöglichkeiten befasst.

In dem die Arbeit abschließenden Kapitel 9 wird ein kurzes Resümee gezogen und es werden mögliche Forschungsperspektiven aufgezeigt.

# Teil I: Bezugspunkte, Forschungsstand, Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen

Im ersten Teil dieser Arbeit werden zunächst wesentliche fachwissenschaftliche und theoretische Bezugspunkte dargelegt, die für die vorliegende Studie von Bedeutung sind. Zudem wird der Stand der Forschung bezogen auf die untersuchte Thematik sowie auch das Erkenntnisinteresse dieser Studie erläutert (Kapitel 2). In Kapitel 3 werden das Forschungsdesign sowie das methodische Vorgehen vorgestellt.

## 2 Die Kinder- und Jugendhilfe und die Rechtsmedizin im Kinderschutz

Bei der Annäherung an die Frage, welchen Beitrag die Rechtsmedizin leistet im Kontext der zentralen Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für Ihr Wohl zu schützen, ist es zunächst notwendig verschiedene Aspekte in den Blick zu nehmen, die für die Begegnung zwischen Kinder- und Jugendhilfe (bzw. den Jugendämtern und den dort tätigen Fachkräften) und Rechtsmedizin im Kinderschutz von Relevanz sind. Es wird dargestellt, wie die Begegnung dieser beiden Professionen strukturell gerahmt ist und aus welchen Gründen und auf welche Weise sie im Tätigkeitsfeld Kinderschutz stattfinden kann. Demnach werden in Kapitel 2.1 zunächst die Verortung sowie die Aufgaben beider Organisationen und ihrer Mitarbeitenden im Kinderschutz beschrieben. Zudem werden Herausforderungen vorgestellt, die sich für die Jugendämter bei der Umsetzung ihrer Aufgaben im Kinderschutz ergeben und die bedeutsam scheinen für die Untersuchung der Frage, welchen Beitrag die Rechtsmedizin für die Kinderschutzarbeit der Kinder- und Jugendhilfe leistet, im Besonderen für die Jugendämter. Weiterhin findet eine Erläuterung der aus der Praxis bekannten Berührungspunkte und Formen der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin statt (2.2). Im Kapitel 2.3 werden die mit der Kooperation zwischen zwei Berufssystemen, hier der Kinder- und Jugendhilfe und der Rechtsmedizin, verbundenen Herausforderungen und Schwierigkeiten erläutert und in diesem Zusammenhang einige im Fachdiskurs häufig beschriebene Schwierigkeiten und Kooperationshemmnisse zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen aufgezeigt, die für die hier zugrundeliegende Untersuchung von Bedeutung sein könnten. In Kapitel 2.4 folgt eine Beschreibung des bisherigen Forschungsstandes bezogen auf die Zusammenarbeit von Ärzt\*innen und Fachkräften aus dem Jugendamt<sup>3</sup> sowie auf die Frage, welchen Einfluss der Einbezug der (Rechts-)Medizin auf die Kinderschutzarbeit der Fachkräfte im Jugendamt nimmt. In diesem Zusammenhang wird der Fokus auf einige wenige Untersuchungen gerichtet, die sich konkret mit der Begegnung von

---

3 Gemeint sind diejenigen Fachkräfte, die im Jugendamt mit der Übernahme des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII betraut sind und im Regelfall der Organisationseinheit „Allgemeiner Sozialer Dienst“ (ASD), manchmal „Bezirkssozialdienst“ (BSD) oder auch anders genannt, zugeordnet sind. Nachfolgend werden die Begriffe „Fachkräfte im Jugendamt“ bzw. „Jugendamtsfachkraft“, „Mitarbeitende im Jugendamt“ bzw. „Jugendamtsmitarbeitende“, „ASD-Fachkräfte“ bzw. „Fachkräfte im ASD“ synonym im oben beschriebenen Sinne verwendet. Zuweilen wird auch nur von „Fachkräften“ gesprochen, wenn sich aus dem Zusammenhang deutlich ergibt, um welche Fachkräfte es sich handelt.

(Rechts-)Mediziner\*innen und Jugendamtsmitarbeitenden sowie mit dem Einfluss des Einbezugs (rechts-)medizinischer Expertise auf das Handeln der Fachkräfte im Jugendamt und den jeweiligen Fallverlauf beschäftigen. Da davon ausgegangen wird, dass einige professionelle Charakteristika der Sozialen Arbeit sowie der Medizin Einfluss auf die Begegnung und Kooperation von Jugendamt und Rechtsmedizin nehmen könnten, finden diese in Kapitel 2.5 in einem Exkurs Beachtung. Anschließend finden eine Erläuterung des Erkenntnisinteresses und der zentralen Forschungsfragen statt (2.6).

## **2.1 Rolle und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe und der (Rechts-)Medizin im (medizinischen) Kinderschutz**

Das Jugendamt und die Rechtsmedizin finden ihre Verortung in unterschiedlichen Systemen – die Rechtsmedizin im Gesundheitswesen bzw. in der Medizin und das Jugendamt in der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Sozialen Arbeit. Entsprechend nehmen sie im Kontext des Kinderschutzes differente Rollen ein und sind mit unterschiedlichen Aufgaben betraut. Um auf die hier interessierenden Fragestellungen hinzuweisen, sollen die verschiedenen Bezüge, Rollen und Aufgaben beider Akteur\*innen im Kinderschutz skizziert werden.

### **2.1.1 Die Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz**

Im Hinblick auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl hat die Kinder- und Jugendhilfe eine zentrale Position. Im Folgenden wird auf die Rolle und den Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext ihres Schutzauftrages (Kapitel 2.1.1.1), auf wesentliche rechtliche Rahmungen (Kapitel 2.1.1.2) sowie auf die sich hieraus für sie ergebenden Aufgaben und Herausforderungen (Kapitel 2.1.1.3) eingegangen.

#### **2.1.1.1 Das Jugendamt als Akteur des staatlichen Wächteramtes**

Ebenso wie Erwachsene sind Kinder und Jugendliche Grundrechtsträger und haben ein Recht auf Menschenwürde, freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit und körperliche Unversehrtheit. Daneben haben Eltern nach Art. 6 Abs. 2 GG ein verfassungsrechtlich verankertes Recht, aber auch die Pflicht, ihre Kinder zu pflegen, zu erziehen und die Verantwortung für sie zu übernehmen. Bei dieser Regelung handelt es sich um ein fremdnützig wahrzunehmendes Grundrecht und in diesem Sinne um eine Verpflichtung. Demnach haben Eltern dieses Recht zum Wohle ihrer Kinder auszuüben und nicht zu ihrem eigenen Nutzen (vgl. Trenczek et al. 2017, S. 147). Das elterliche Erziehungsprimat gilt, solange keine Gefährdung

des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen besteht (vgl. Schmid/Meysen 2006, S. 2 f.). Erst in dem Fall, dass die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen „(...) durch den Missbrauch der elterlichen Rechte oder eine Vernachlässigung (...)“ (Entscheidung des BVerfG vom 29. Juli 1968 [BVerfG 24, 119] zit. n. Wiesner 2006, S. 1–3) geschädigt wird, kommt das staatliche Wächteramt zum Tragen. Entsprechend wacht die staatliche Gemeinschaft darüber, dass Eltern ihrer Elternverantwortung in angemessener Weise nachkommen (vgl. Art. 6 GG Abs. 2; § 1 Abs. 2 SGB VIII). Da staatliche, das Kindeswohl schützende Interventionen, die gegen den Willen der Eltern durchgeführt werden, einen Eingriff in das Elternrecht bedeuten, müssen sie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen (vgl. Schmid/Meysen 2006, S. 2 ff.). Zum Schutz des Kindeswohls eingeleitete staatliche Maßnahmen sollen zunächst eine unterstützende Funktion haben und sind daran auszurichten, die elterliche Verantwortung (wieder-)herzustellen (vgl. ebd.). Erst wenn eine Abwendung der Gefährdung auf diesem Weg nicht möglich ist, kann das Familiengericht den Eltern nach Maßgabe des § 1666 BGB die elterliche Sorge in Teilen oder gänzlich entziehen. Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt in diesem Kontext eine wichtige Rolle ein. Sie repräsentiert die staatliche Gemeinschaft und ist ein zentraler Akteur in der Ausführung des staatlichen Wächteramtes (vgl. Höynck/Hauck 2012, S. 30). Hieraus ergibt sich für die Kinder- und Jugendhilfe die Verpflichtung, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Eine Konkretisierung im Hinblick auf die das Wächteramt ausführenden Institutionen und deren in diesem Kontext bestehenden Aufgaben und Befugnisse findet sich für die Familiengerichte im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), für die Kinder- und Jugendhilfe im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) und für das Gesundheitswesen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie weitere Akteur\*innen im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) (vgl. NZFH 2018, S. 24). Für die Kinder- und Jugendhilfe ist im Besonderen § 8a SGB VIII von Relevanz – hier findet der in Art. 6 GG abstrakt formulierte Auftrag des staatlichen Wächteramtes für die Kinder- und Jugendhilfe eine nähere Bestimmung. Das staatliche Wächteramt und der mit ihm einhergehende Schutzauftrag liegen in den Kommunen bei den Jugendämtern<sup>4</sup> und dort in der Regel in der Zuständigkeit des „Allgemeinen Sozialen Dienstes“ (ASD) (vgl. Gissel-Palkovich 2011, S. 177 f.). Diese rechtlichen Vorgaben stellen den Ausgangspunkt für die Verbindung von Kinder- und Jugendhilfe bzw. Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz

---

4 Auch die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind nach § 8a Abs. 4 SGB VIII über Vereinbarungen mit dem öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe in den Schutzauftrag eingebunden (vgl. Kapitel 2.1.1.2). Da die vorliegende Studie vorrangig den Beitrag der Rechtsmedizin für die Kinderschutzarbeit der ASD-Fachkräfte im Jugendamt in den Blick nimmt, findet der Schutzauftrag der freien Kinder- und Jugendhilfe weniger Beachtung.

dar, da die Tätigkeit im Kontext des Wächteramtes in der Regel den Rahmen der Begegnung dieser beiden Professionen bildet<sup>5</sup>.

### 2.1.1.2 Rechtliche Eckpunkte des Schutzauftrages und hiermit verbundene Aufgaben (der Fachkräfte) des Jugendamtes

Schon vor der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) im Jahr 2005 hatte die Kinder- und Jugendhilfe den Auftrag Minderjährige vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Mit der Verabschiedung des KICK und der gleichzeitigen Einführung des § 8a SGB VIII fand seitens des Gesetzgebers eine Präzisierung des Schutzauftrages der Kinder- und Jugendhilfe bzw. des Jugendamtes statt (vgl. Rätz et al. 2014, S. 252). Der Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe ist an ihrem übergeordneten Ziel ausgerichtet, Kinder und Jugendliche bei der Verwirklichung ihres Rechtes auf Förderung ihrer Entwicklung und Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu unterstützen (vgl. § 1 SGB VIII). In diesem Kontext sind die Aktivitäten im Rahmen des Schutzauftrages auch damit verbunden, die elterliche Erziehungskompetenz zu stärken (vgl. § 1 Abs. 3 SGB VIII) und müssen, unter Anerkennung der grundgesetzlichen Rahmung des Art. 6 Abs. 2 GG, daran ausgerichtet sein, die Erziehungsverantwortung der Eltern zu schonen (vgl. Höynck/Haug 2012, S. 30).

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII ist eine Vorschrift, mit der der Gesetzgeber durch konkrete Verfahrensvorgaben eine Erhöhung der Handlungssicherheit der involvierten Akteur\*innen intendiert<sup>6</sup>. Ausgelöst wird der Schutzauftrag der öffentlichen Jugendhilfe, wenn dem Jugendamt „gewichtige Anhaltspunkte“ für die Gefährdung eines Minderjährigen bekannt werden. So stehen die Fachkräfte des Jugendamtes zunächst vor der Aufgabe, die erhaltenen Informationen im Hinblick auf die Frage, ob es sich überhaupt um gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen handelt, zu bewerten. Wird dies bejaht, setzt sich das in § 8a SGB VIII formulierte Prozedere fort und das Jugendamt ist verpflichtet das Gefährdungsrisiko des Kindes oder Jugendlichen im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen sowie notwendige Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr vorzunehmen. Neben der Einleitung von Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII kann dies auch die Anrufung des Familiengerichts bedeuten (vgl. § 8a Abs. 2). Der Dialog

---

5 Eine nähere Beschreibung möglicher Formen des Kontaktes und der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin wird in Kapitel 2.2 vorgenommen.

6 Seckinger et al. (2008) können diesen Effekt in ihrer Studie „Arbeitsituation und Personalbemessung im ASD“ nicht bestätigen. Nur 6 Prozent der befragten ASD stimmen der Aussage, dass sich durch die Einfügung des § 8a SGB VIII die Handlungssicherheit erhöht hat und somit die psychische Belastung bei Fällen von Kindeswohlgefährdungen reduziert wurde, zu (vgl. Seckinger et al. 2008, S. 38).

mit den Eltern und ihre Beteiligung ist in diesem Zusammenhang ein grundlegendes, den Regelungen des § 8a SGB VIII immanentes Prinzip (vgl. Rätz et al. 2014, S. 252). Nur wenn „(...) der Kontakt zwischen Jugendhilfe und Familie auf freiwilliger Basis keine Früchte trägt und die Gefährdungssituation nicht auf andere Weise beseitigt wird (...)“ (Höynck/Haug 2012, S. 38), erfolgt der Einbezug des Familiengerichtes. Auch in diesem Fall ist die Einschätzung der Situation durch das Jugendamt von wesentlicher Bedeutung (vgl. ebd.). In akuten Gefährdungssituationen kann es unter bestimmten Voraussetzungen angezeigt sein, das Kind in Obhut zu nehmen (vgl. § 8a Abs. 2 SGB VIII und § 42 SGB VIII). Hier ist das Jugendamt ebenfalls angehalten – unter Beteiligung der Eltern – eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos vorzunehmen (vgl. § 42 Abs. 3 SGB VIII). Wenn für die Beseitigung der Kindeswohlgefährdung der Einbezug anderer Leistungsträger notwendig ist, hat das Jugendamt die Verpflichtung darauf hinzuwirken, dass die Eltern die entsprechende Unterstützung in Anspruch nehmen. Ist die Unterstützung anderer Leistungsträger (zum Beispiel seitens Einrichtungen der Gesundheitshilfe) sofort notwendig und die Eltern wirken nicht hinreichend mit, ergreift das Jugendamt die Initiative und bezieht die entsprechenden Stellen mit ein. Mit der Einführung des § 8a SGB VIII sind auch freie Träger der Jugendhilfe – über mit dem Jugendamt abzuschließende Vereinbarungen – stärker in die Wahrnehmung des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII eingebunden (vgl. zum Beispiel Schone 2015, S. 278; Trenczek et al. 2017, S. 184 ff.).

Das am 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), vor allem das hier in Art. 1 formulierte Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) hat verschiedene neue Aspekte hinsichtlich des Schutzes von Kindern und Jugendlichen eingeführt. Die Regelungen des Bundeskinderschutzgesetzes beziehen weitere Handlungsfelder und Leistungsbereiche in den Kinderschutz mit ein, weisen der Kinder- und Jugendhilfe hier aber weiterhin eine zentrale Rolle zu (vgl. NZFH 2018, S. 25). Im Hinblick auf den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII ging mit der Einführung des BKisSchG eine Veränderung mit dem Ziel der stärkeren Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern in den Prozess der Gefährdungseinschätzung einher (vgl. Rätz et al. 2014, S. 253). In diesem Zusammenhang wurde in § 8a SGB VIII auch eine Regelung zur Durchführung von Hausbesuchen im Kontext der Einschätzung des Gefährdungsrisikos aufgenommen (vgl. § 8a Abs. 1 SGB VIII).<sup>7</sup>

Die kurze Darstellung wesentlicher rechtlicher Eckpunkte des Schutzauftrages und damit einhergehender Aufgaben des Jugendamtes weist auf weitere Anknüpfungspunkte für die Begegnung zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz hin. Die Jugendamtsfachkräfte stehen vor der Aufgabe in

---

<sup>7</sup> Weitere hier relevante, durch das Bundeskinderschutzgesetz eingeführte Neuerungen sowie auch hier relevante Novellierungen durch das am 10.06.2021 in Kraft getretene Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) werden im Kapitel 2.1.2 aufgegriffen.

verschiedenen Phasen des Prozesses Einschätzungen zur (Gefährdungs-)Situation des Kindes oder Jugendlichen – mit weitreichenden Folgen – vorzunehmen, und die Rechtsmedizin ist eine Profession, die in diesem Kontext auf unterschiedliche Weise einbezogen werden kann. Auf die Herausforderungen, die für die Fachkräfte im Jugendamt im Rahmen des Einschätzungsprozesses bzw. ihrer Tätigkeit im Schutzauftrag insgesamt bestehen, und auf die Frage, an welchen Stellen weitere Bezugspunkte zur Rechtsmedizin sichtbar werden, wird im nachfolgenden Kapitel (2.1.1.3) näher eingegangen.

### 2.1.1.3 Unsicherheit als zentrale Gegebenheit im Kinderschutzhandeln der Jugendamtsfachkräfte

Das Handeln im Rahmen des Schutzauftrages stellt die Fachkräfte des Jugendamtes vor verschiedene Herausforderungen. Die staatlich angelegte Basis der Verquickung von Hilfe und Kontrolle, der im Kontext des Kinderschutzhandelns notwendige Umgang mit diversen unbestimmten Rechtsbegriffen, Aspekte und Konsequenzen der strukturellen bzw. organisationalen Rahmung, autobiographische Erfahrungen der Fachkräfte und die Tatsache, dass sich das Handeln im Kinderschutz auf „(...) dynamische und erratische Fallverläufe (...)“ (Bode/Turba 2015, S. 109) bezieht, deren Bearbeitung und Ausgang wenig kalkulierbar ist, sind nur einige Aspekte, die in diesem Kontext eine Rolle spielen. Auch die Professionalisierung sowie Professionalität der Sozialen Arbeit im Kinderschutz und die berufliche Identität der Fachkräfte sowie die Zusammenarbeit mit Akteur\*innen aus anderen Berufsgruppen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.<sup>8</sup> Im Folgenden werden für die Jugendamtsfachkräfte in der Kinderschutzpraxis bestehende Herausforderungen vorgestellt, die für diese Studie bedeutsam erscheinen. Hiervon ausgehend werden mögliche Bezüge zur Begegnung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Rechtsmedizin aufgezeigt.

Die Grundlage des im Fachdiskurs häufig beschriebenen Spannungsfeldes zwischen Hilfe und Kontrolle, in welchem sich die Jugendämter im Kontext ihres Schutzauftrages bewegen, bildet der Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder, Jugendliche und Familien einerseits zu fördern und ihnen unterstützend und beratend zur Seite zu stehen, andererseits jedoch im privaten familiären Lebensraum schützend zu intervenieren, sofern das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen gefährdet ist (vgl. Pothmann 2009, S. 103; Schone 2012b, S. 73 ff.) ohne jedoch die Elternverantwortung aus dem Blick zu verlieren. Diese, in der Sozialen Arbeit prinzipiell bestehende Verquickung von Unterstützung und Kontrolle zeigt sich im Kontext der Sicherung des Kindeswohls in besonderer Weise (vgl. Gissel-Palkovich 2011, S. 182) und bedeutet eine „(...) erhebliche sozialarbeiterische Herausforderung (...)“ (ebd., S. 182). Das Erarbeiten eines tragfähigen

---

8 Näheres hierzu siehe Kapitel 2.3



Arbeitsbündnisses mit den Eltern im Zwangskontext verlangt den Mitarbeitenden der Jugendämter in hohem Maße fachliche und methodische Kompetenz ab. Mit Blick auf den Beitrag, den die Rechtsmedizin in diesem Zusammenhang leisten kann, sei auf ein Ergebnis der Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz<sup>9</sup> hingewiesen. Hier bewerten die befragten Jugendämter die Stärkung ihrer Position gegenüber den Personensorgeberechtigten als einen Gewinn, der sich aus der Kooperation mit der bayerischen Kinderschutzambulanz in Fällen einer (möglicherweise) bestehenden Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen ergeben hat (vgl. Dittmann/Raabe 2018b, S. 66). Die Evaluation gibt jedoch keine Hinweise darauf, worin die gestärkte Position gegenüber den Eltern konkret besteht, woraus sie sich ergibt und ob bzw. wie sie sich auf dem Fallverlauf auswirkt. Möglicherweise können mithilfe der hier durchgeführten Studie Hinweise zur Beantwortung dieser Fragen gegeben werden. Zusätzlich zu der beschriebenen Anforderung, nämlich parallel unterstützend und kontrollierend tätig zu sein, stehen die Jugendamtsmitarbeitenden im Kontext des Kinderschutzes vor der Aufgabe mit verschiedenen unbestimmten Rechtsbegriffen umgehen zu müssen. So dienen die Begriffe „Kindeswohl“ sowie „Kindeswohlgefährdung“ der Kinder- und Jugendhilfe wie auch dem Familiengericht einerseits als zentrale, handlungsleitende Norm und Richtlinie für wesentliche Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, andererseits ist eine konkrete Definition dieser Begriffe, die den ASD-Fachkräften als sicherer Orientierungsrahmen dienen könnte, kaum möglich. Vielmehr sind die Begriffe „Kindeswohl“ und „Kindeswohlgefährdung“ im Einzelfall zu konkretisieren (vgl. Bode/Turba 2014, S. 78). Auch bei dem Begriff „gewichtige Anhaltspunkte“, dessen Feststellen vom Gesetzgeber als Voraussetzung für das Auslösen des weiteren Verfahrens des Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII vorgegeben ist, handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der keine verbindliche Definition zulässt. Hieraus resultieren erhebliche Schwierigkeiten, „(...) denn in der Praxis beginnen die meisten Fälle auf unsicherer Tatsachengrundlage (...)“ (Höynck/Hauck 2012, S. 35).

Für das Kinderschutzhandeln der Mitarbeitenden im Jugendamt ist vor allem die Frage, wann das Kindeswohl gefährdet ist, von zentraler Bedeutung. Aus sozialpädagogischer Sicht stehen körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und seelische Gewalt in engem Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdung. Aus juristischer Perspektive ist die Gefährdung des Kindeswohls als „(...) eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher

---

9 Die bayerische Kinderschutzambulanz ist eine am Institut für Rechtsmedizin der LMU angesiedelte Stelle, die vor allem Ärzt\*innen sowie Fachkräfte der Jugendämter landesweit bei der Beurteilung von Verletzungen, die auf körperliche oder sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche hinweisen, berät (vgl. DJI 2021a).

Sicherheit voraussehen lässt“ (BGH FamRZ 1956,350) beschrieben. Mit Ausrichtung auf § 1666 Abs. 1 BGB differenziert Schone (2015) hier noch weiter und beschreibt das Kindeswohl als gefährdet, „(...) wenn sich bei Fortdauer einer identifizierbaren Gefahrensituation für das Kind eine erhebliche Schädigung seines körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen und begründen lässt“ (Schone 2015, S. 279). Dieser Begriffsbestimmung folgt auch die Kinder- und Jugendhilfe. Die Definition unterstreicht den prospektiven Charakter des Begriffs „Kindeswohlgefährdung“<sup>10</sup>. Bei der Einschätzung einer kindeswohlgefährdenden Situation geht es demnach neben der Sicht auf die objektive Gefährdungslage auch um eine Bewertung, wie sich die Gegebenheiten auf das Kind oder den Jugendlichen auswirken und um Prognosen hinsichtlich der für das Kind oder den Jugendlichen zu erwartenden Schäden (vgl. Schone 2015, S. 280). In diesem Zusammenhang sind auch die Kooperationsbereitschaft der Eltern sowie ihre Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit von hoher Relevanz. Entsprechend ist die Kindeswohlgefährdung ein rechtlich-normatives Konstrukt (vgl. Schone 2015, S. 277). Sie wird vor dem Hintergrund der jeweiligen Tatbestände und unter Einfluss individueller Normen und Wertvorstellungen der involvierten Professionen (Sozialpädagog\*innen, Richter\*innen, Sachverständige, Verfahrensbeistände etc.) auf die Bewertung der kindlichen bzw. familiären Situation einzelfallabhängig definiert (vgl. Schone 2012a, S. 23). In diesem Zusammenhang können auch durch biographische Erfahrungen gefärbte Wahrnehmungen und Interpretationen der Jugendamtsfachkräfte in den Prozess einer Gefährdungseinschätzung einfließen und diesen entsprechend beeinflussen. Zudem ergibt sich eine Kindeswohlgefährdung in der Regel nicht aus einer Handlung bzw. Unterlassung, sondern lässt sich als ein Syndrom beschreiben, bei dem ein Kind in Folge ungewollten oder intentionalen Agierens oder Unterlassens in problematischen Beziehungskonstellationen und Lebensverhältnissen verletzt, beeinträchtigt und verstört wird (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009, S. 30). Hiernach stehen die Fachkräfte der Jugendämter vor der Anforderung, in einem dynamischen, nicht immer stringent verlaufenden, komplexen Geschehen, in dem oftmals nur begrenzte Einblicke in die Situation möglich sind (vgl. Schone 2012b, S. 68; Bode/Turba 2015, S. 110), Gefährdungsrisiken von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen, ohne dabei auf verbindliche, objektive Richtlinien Bezug nehmen zu können. Die Komplexität und Vieldeutigkeit, durch die Kindeswohlgefährdungsfälle geprägt sind, führt dazu, „(...) dass sich eine sozialarbeiterische Risikoeinschätzung oftmals zwischen rudimentärem Wissen und begründetem Zweifel bewegt“ (Gissel-Palkovich 2011, S. 181). Zudem sind

---

10 Es sei darauf hingewiesen, dass diese Definition und die hier weiterführende Beschreibung des Begriffes „Kindeswohlgefährdung“ einer juristischen sowie auch sozialpädagogischen Ausrichtung folgt. Die Frage, wie der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ vonseiten des medizinischen Systems definiert wird, wird in Kapitel 2.1.2.1 aufgegriffen.

Fachkräfte des Jugendamtes in dem Wissen tätig, dass getroffene Entscheidungen unter Umständen mit weitreichenden Konsequenzen für die Kinder, Jugendlichen und Familien verbunden sind. Fehlentscheidungen, die dazu führen, dass notwendige Maßnahmen ausbleiben oder Interventionen unnötig durchgeführt werden, können ebenfalls zu massiven Belastungen von Kindern und Eltern führen und ihre Grundrechte verletzen (vgl. Kindler et al. 2008, S. 500). In diesem Sinne gehen Jugendamtsmitarbeitende immer das Risiko ein, Gefahren für das Kind oder den Jugendlichen zu über- oder zu unterschätzen (vgl. Munro 2010, S. 21), was gleichermaßen fatale Folgen nach sich ziehen kann. Seckinger et al. (2008) stellen heraus, dass die Sorge, nicht die richtige Entscheidung getroffen zu haben, zu Belastungen aufseiten der ASD-Fachkräfte führt (vgl. Seckinger et al. 2008, S. 38 f.). Zur Bewältigung der mit der Einschätzungsaufgabe im Kontext des Schutzauftrages verbundenen Herausforderungen existiert inzwischen eine Vielzahl an standardisierten Verfahren und Instrumenten, die in vielen Jugendämtern etabliert wurden und in den Einschätzungsprozess einbezogen werden.<sup>11</sup> Trotzdem ist das Handeln im Rahmen des Schutzauftrages bzw. der Umgang mit Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung für die Fachkräfte des Jugendamtes oftmals durch erhebliche Unsicherheiten und Belastungen geprägt (vgl. unter anderem Bode/Turba 2015, S. 110; Schone 2012b, S. 68; Seckinger et al. 2008, S. 38 f., S. 43 f.; Brosius 2006, S. 126–1 f.; Ackermann 2017, S. 58 f.; Merchel 2015, S. 386 ff.; NZFH 2018, S. 14). Auch Begebenheiten auf organisationaler Ebene forcieren die Unsicherheit der Jugendamtsmitarbeitenden. So beschreiben Bode und Turba (2015) Jugendämter per se als „Hybridorganisationen“ (Bode/Turba 2015, S. 111), dessen (Kinderschutz-)Handeln sich einerseits, bürokratisch, stark an Recht und Gesetz auszurichten hat, andererseits aber spontan und flexibel auf widersprüchliche, erratische und unkalkulierbare Konstellationen reagieren muss (vgl. Bode/Turba 2015, S. 105 ff.; Bode/Turba 2014, S. 359). Vor allem durch einen verstärkten „Spar- und Rechtfertigungsdruck“ (Bode/Turba 2015, S. 113, Hervorh. i. O.) hinsichtlich der für notwendig gehaltenen Maßnahmen (vgl. ebd.) sowie verstärkter Formalisierung der Interventionsabläufe und -verfahren, beispielsweise in Form einer Vielzahl an Neuregelungen, formaler Vorgaben und Dokumentationsanforderungen (vgl. ebd., S. 115 f.) „(...) kommt es zu einer Neuformierung des Feldes, die die alltägliche Verunsicherung jugendamtlicher Praxis auf eine qualitativ neue Stufe hebt“ (ebd., S. 117). So vertreten Bode und Turba (2015) die These, dass, unter anderem, die in die Kinderschutzpraxis der Jugendämter Einzugs haltende Formalisierung und ökonomischen Aspekte zu

---

11 Nur wenige dieser Verfahren und Instrumente wurden näher geprüft bzw. evaluiert. Das in diesem Zusammenhang am weitesten entwickelte Instrument stellt das „Diagnoseinstrument zur Gefährdungseinschätzung im Kinderschutz“ (Düsseldorf-Stuttgarter-Kinderschutzbogen) dar (vgl. Schrappner 2012, S. 89). Auf die kontroverse Debatte (hierzu vgl. Maierhofer 2020, S. 277 ff.), ob und in welcher Weise der Einsatz derartiger Diagnoseinstrumente im Kinderschutz sinnvoll ist, soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

einer Destabilisierung der Identität der Jugendämter und hiermit einhergehend zu einer verstärkten Unsicherheit der Fachkräfte führt (vgl. Bode/Turba 2015, S. 118 f.). Die Belastung durch wiederholte organisatorische Veränderungen beschreibt auch die Studie von Seckinger et al. (2008). Hier wird ebenso vermutet, dass die Notwendigkeit beständiger Anpassungen an neue Arbeitsbedingungen mit einem Verlust von Handlungssicherheit und Routine einhergeht (vgl. Seckinger et al. 2008, S. 36).

Alberth et al. (2010) greifen einige der bisher beschriebenen Aspekte in der These auf, dass das Kinderschutzhandeln durch vielfältige Kontingenzprobleme geprägt ist (Albert et al. 2010, S. 475 ff.). Der Begriff „Kontingenz“<sup>12</sup> beschreibt in diesem Zusammenhang, dass Interventionen und deren Folgen nicht voraussehbar sind und sich in jeglicher Weise entwickeln können. Uneindeutige institutionelle Regulierungen, welche wiederum organisationale Gegebenheiten beeinflussen sowie der komplizierte Interventionsgegenstand „Familie“ bzw. „(...) *Eingriff in den familiären Raum*“ (ebd., S. 478, Hervorheb. i. O.) führen zu einem durch Paradoxien und Spannungen geprägtem Handlungsfeld, welches unkalkulierbaren Einflüssen ausgesetzt ist, sodass die für das Kindeswohl optimale Intervention kaum erreichbar ist (vgl. ebd., S. 492, S. 478). Aus dieser Gemengelage resultiert überdies eine doppelte Kontingenzproblematik (vgl. ebd., S. 493; Ackermann 2012, S. 125 f.), die sich aus der innerhalb der Organisationen bestehenden Kontingenz ergibt: aus der Kontingenz bezogen auf das Zusammenwirken der Organisationen sowie aus der dem familiären Lebensraum inhärenten Kontingenz (vgl. Alberth et al. 2010, S. 493). Ackermann (2012) präzisiert diese Überlegungen, bezieht sie im Besonderen auf die Fachkräfte des ASD und beschreibt die Unvorhersagbarkeit des Verhaltens der Klient\*innen bzw. der familiären Logiken sowie das Handeln der professionellen Kooperationspartner\*innen als einfache Kontingenz (vgl. Ackermann 2012, S. 125). Die doppelte Kontingenz ergibt sich nach Ackermann umgekehrt aus der Unzugänglichkeit der Logiken der Fachkräfte für die Klient\*innen sowie aus der Unzugänglichkeit der Fachkräfte und der Adressat\*innen zu sich selbst (vgl. ebd., S. 126). Dass die beschriebene (doppelte) Kontingenzproblematik Unsicherheiten aufseiten der Fachkräfte im ASD hervorbringt, liegt auf der Hand. Ackermann (2012) beschreibt in diesem Zusammenhang sogar eine Verdichtung der zu bewältigenden Unsicherheit für ASD-Fachkräfte durch die doppelte Kontingenzproblematik (vgl. ebd., S. 125).

---

12 Dieses Verständnis des Begriffs „Kontingenz“ geht zurück auf Luhmann (1984) der (wiederum in Anlehnung an Aristoteles) Kontingenz folgendermaßen definiert: „Kontingenz ist etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist. Der Begriff bezeichnet mithin Gegebenes (Erfahrenes, Erwartetes, Gedachtes, Phantasiertes) im Hinblick auf mögliches Anderssein; er bezeichnet Gegenstände im Horizont möglicher Abwandlungen. Er setzt die gegebene Welt voraus, bezeichnet also nicht das Mögliche überhaupt, sondern das, was von der Realität aus gesehen anders möglich ist“ (Luhmann 1984, S. 152).

Auch die „Garantenstellung“ oder „Garantenpflicht“ stellt eine Herausforderung dar, mit der ASD-Mitarbeitende konstant umgehen müssen. Kommt es bei ihrer Aufgabe, ein Kind oder einen Jugendlichen vor Gefährdungen zu schützen, zu einer „(...) Verletzung von Rechtsgütern wie Leben oder Gesundheit bei den betreffenden Kindern oder Jugendlichen, so kann sich bei Pflichtverletzungen eine strafrechtliche Verantwortung aufgrund eines Unterlassens ergeben“ (Nonninger/Meysen 2015, S. 135). Wenngleich bisher nur wenige Jugendamtsmitarbeitende strafrechtlich verfolgt wurden und die reale Bedrohung durch die Garantenpflicht entsprechend als gering eingestuft wird (vgl. Meysen 2006, S. 37–4; Nonninger/Meysen 2015, S. 138), stellt die Angst vor Fehlern und in der Folge strafrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden eine Belastung für die Fachkräfte im ASD dar, welche die beschriebenen Unsicherheiten im Rahmen der Umsetzung des Schutzauftrages vermutlich verstärkt. Dieser Sachverhalt offenbart sich beispielsweise, wenn Jugendamtsmitarbeitende ihr Handeln stärker an der eigenen rechtlichen Absicherung ausrichten als an dem Wohl des anvertrauten Minderjährigen (vgl. Trenczek et al. 2017, S. 195). Um sich vor strafrechtlicher Verfolgung zu schützen und aus der Garantenstellung resultierende Belastungen abzubauen, stellt die „(...) Schärfung der eigenen Fachlichkeit“ (Nonninger/Meysen 2015, S. 138) die beste Methode für ASD-Fachkräfte dar – eine Aufgabe, die vor dem Hintergrund der oftmals im ASD bestehenden Arbeitsverdichtung (vgl. Seckinger 2008, S. 41 f.; Merchel 2015, S. 384 ff.) nicht immer leicht umsetzbar scheint und ebenfalls als belastende Herausforderung zu benennen ist. Die beschriebene Gemengelage forciert demnach nicht nur Unsicherheit aufseiten der ASD-Fachkräfte. Vielmehr bedeuten der hohe Verantwortungsdruck hinsichtlich der Konsequenzen des eigenen Handelns für die Familien, aber auch für die eigene Person, der konstante Umgang mit Paradoxien und häufige Veränderungen der organisationalen Gegebenheiten auch markante (qualitative) Belastungsfaktoren für die ASD-Fachkräfte (vgl. Merchel 2015, S. 386 f.; Seckinger et al. 2008), welche sie psychisch beanspruchen und beeinträchtigen (vgl. Merchel 2015, S. 387).

Unabhängig davon, ob die für die Fachkräfte im ASD bestehenden Herausforderungen auf struktureller, normativer, organisationaler, fachlicher oder persönlicher Ebene begründet liegen, im Ergebnis wird das Bestehen von nicht unerheblichen und teilweise unauflösbaren Unsicherheiten im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit im Kinderschutz offensichtlich, die – im Zusammenspiel mit weiteren vorgenannten Aspekten – zu einer hohen (Arbeits-)Belastung führen. Die Beschreibungen verdeutlichen, dass vor allem die Aufgabe Gefährdungsrisiken einzuschätzen, für die Jugendamtsfachkräfte ein hohes Unsicherheits- und – damit einhergehend – Belastungspotenzial birgt. Dieser Sachverhalt lässt annehmen, dass die Fachkräfte im Jugendamt bestrebt sind, ihre Unsicherheit und das sich hieraus ergebende Belastungserleben zu verringern, sodass sich unter anderem ein Bedarf nach möglichst objektiven Informationen im Rahmen des

Einschätzungsprozesses von Gefährdungsanzeichen eines Kindes oder Jugendlichen sowie im Umgang mit einer Kindeswohlgefährdung vermuten lässt. Abhängig von der Fallkonstellation beziehen Jugendamtsfachkräfte auch ärztliche Diagnosen und Beurteilungen der Situation, beispielsweise der behandelnden Kinder- und Jugendärzt\*innen, von Klinikärzt\*innen, aber auch von Rechtsmediziner\*innen, in den Einschätzungsprozess von Gefährdungsrisiken für Kinder und Jugendliche mit ein<sup>13</sup>. Es besteht die These, dass insbesondere der Einbezug der rechtsmedizinischen Profession und die von ihr eingebrachte Expertise in bestimmten Fallkonstellationen zum Abbau bestehender Unsicherheiten und Belastungen der Jugendamtsfachkräfte im Umgang mit (möglichen) Kindeswohlgefährdungen beitragen kann. Der Frage, inwieweit diese Annahme zutrifft bzw. in welcher Weise sich der Einbezug der Rechtsmedizin auf die Bewältigung der für die Jugendamtsmitarbeitenden im Kinderschutz bestehenden Herausforderungen und somit auch auf den Fallverlauf auswirkt, soll im Verlauf der Studie nachgegangen werden. Auch die Frage, ob sich aus dem Einbezug einer/eines Rechtsmediziner\*in und dem Einbezug von Mediziner\*innen anderer Fachgebiete differente Einflüsse auf das Kinderschutzhandeln der Jugendamtsfachkräfte ergeben, soll hier in den Blick genommen werden. Bereits existierende Erkenntnisse aus der Forschung zu den aufgeworfenen Fragestellungen finden in Kapitel 2.4 Beachtung.

## **2.1.2 Die Rechtsmedizin im (medizinischen) Kinderschutz**

Zur Verortung der Rechtsmedizin im Kinderschutz und der Beschreibung der für sie in diesem Kontext bestehenden Aufgaben scheint es notwendig im Folgenden zunächst wesentliche, primär aufseiten der Kinder- und Jugendhilfe erfolgte, Entwicklungen vorzustellen, welche die zunehmende Bedeutung des Gesundheitswesens im Kinderschutz mit initiierten (2.1.2.1). Vor dem Hintergrund der Entwicklung des „medizinischen Kinderschutzes“ in den vergangenen Jahren wird anschließend die Rolle von Ärzt\*innen im Allgemeinen im Kinderschutz skizziert (Kapitel 2.1.2.2) bevor nachfolgend eine Erläuterung der Verortung und Aufgaben der Rechtsmedizin bzw. der Rechtsmediziner\*innen in der Kinderschutzarbeit vorgenommen wird (2.1.2.3).

### **2.1.2.1 Die wachsende Bedeutung des Gesundheitswesens im Kinderschutz**

Innerhalb der Bemühungen der vergangenen Jahre, den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, nimmt das Gesundheitswesen eine zentrale

---

<sup>13</sup> Nähere Ausführungen hierzu werden in den Kapiteln 2.1.2 und 2.2 vorgenommen.

Rolle ein: Ausgehend von der Annahme, dass eine wesentliche Voraussetzung gelingenden Kinderschutzes die Vernetzung und das Zusammenwirken der unterschiedlichen Systeme, im Besonderen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens<sup>14</sup> darstellt, wurden verschiedene Maßnahmen getroffen, die zum Ziel hatten, diese beiden Systeme stärker miteinander zu verzahnen. Die Bedeutung der Kooperation und Vernetzung<sup>15</sup> zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen erhöhte sich zunächst mit dem im Jahr 2005 geschlossenen Koalitionsvertrag, der vielfältige Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Deutschland anstieß; im Besonderen bildet dieser die Grundlage für den Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Vor dem Hintergrund der in dem Koalitionsvertrag impliziten Vereinbarung, das staatliche Wächteramt weiter zu stärken, wurde das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ verabschiedet. In diesem Rahmen stellte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in den Jahren 2006 bis 2010 für die Förderung bereits bestehender Projekte, die Mitfinanzierung von Modellprojekten in den Ländern sowie deren wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation 10 Millionen Euro zur Verfügung (vgl. BMFSFJ 2006, S. 2; NZFH 2006). Leitgedanke des Projektes war es, durch eine engere Verknüpfung der Leistungen des Gesundheitssystems mit Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe „soziale Frühwarnsysteme“ (BMFSFJ 2006) zu schaffen und Kinder aus sozial benachteiligten Familien, durch die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz, besser vor Gefährdungen schützen zu können (vgl. BMFSFJ 2006; NZFH 2006). In diesem Zusammenhang fand im Jahr 2007 auch die Einrichtung des Nationalen Zentrums Früher Hilfen (NZFH) statt, das mit der Aufgabe betraut ist, „(...) den präventiven Kinderschutz und die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu stärken“ (NZFH 2017). Wenngleich auf die vielfältige und heterogene Landschaft Früher Hilfen im Weiteren nicht näher eingegangen werden soll, stellt ihre Etablierung einen wesentlichen Markstein im Hinblick auf die Verortung der Medizin im Kinderschutz und auf

---

14 Auf die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe und der (Rechts-)Medizin sowie auf in diesem Zusammenhang bestehende Herausforderungen wird in Kapitel 2.3 eingegangen. Einige strukturelle Entwicklungen und Gegebenheiten werden hier erläutert, da sie für das Verständnis der aktuellen Verortung und Rolle der (Rechts-)Medizin im Kinderschutz wesentlich erscheinen.

15 Die Begriffe „Kooperation“ und „Vernetzung“ werden hier folgendermaßen definiert: Kooperation beschreibt ein „(...) Verfahren – also keinen inhaltlich definierbaren Handlungsansatz der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird. (...) Vernetzung wird verstanden als die Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur, der die Förderung von kooperativen Arrangements unterschiedlicher Personen oder Institutionen dienlich ist“ (van Santen/Seckinger 2003, S. 29).

das Zusammenwirken zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe im Kinderschutz dar. Auch die in verschiedenen Bundesländern erlassenen „Kinderschutzgesetze“ sowie das im Jahr 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) unterstreichen die Relevanz des Gesundheitswesens für den Kinderschutz, da auch sie Anstöße zur Vernetzung und Kooperation von/zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe geben.<sup>16</sup> Das Bundeskinderschutzgesetz beabsichtigt mithilfe des §4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) zudem die Rechts- und Handlungssicherheit von Berufsgeheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen zu erhöhen (vgl. Bertsch 2016, S. 7) und bringt auf diese Weise ebenfalls die Relevanz der Mitarbeitenden des Gesundheitswesens für den Kinderschutz zum Ausdruck. Mit Blick auf die geschilderten Entwicklungen liegt der wachsenden Bedeutung des Gesundheitswesens im Kinderschutz vor allem der Präventionsgedanke zugrunde: Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen (beispielsweise niedergelassene Pädiater\*innen, Klinikärzt\*innen verschiedener Fachgebiete, Hebammen etc.) erhalten qua ihres Aufgabenbereichs frühzeitig Zugang zu den Familien. Durch ihren verstärkten Einbezug sollen familiäre Unterstützungsbedarfe rechtzeitig erkannt und potenziellen Gefährdungen von Kindern entgegengewirkt bzw. diese abgewendet werden. Hier wird bereits sichtbar, dass Rechtsmediziner\*innen eine differente Rolle – beispielsweise im Vergleich zu niedergelassenen Pädiater\*innen – im Kinderschutz einnehmen, da sie nicht im präventiven Bereich tätig sind, sondern in der Regel erst im nächsten Schritt, wenn bereits Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, auf andere und sehr heterogene Weise in das Tätigkeitsfeld „Kinderschutz“ involviert werden.<sup>17</sup>

### 2.1.2.2 Der medizinische Kinderschutz und die Rolle der Ärzt\*innen

Wenngleich die im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Entwicklungen im Hinblick auf die Rolle des Gesundheitswesens im Kinderschutz durchaus einflussreich waren, lag deren Agens primär aufseiten der Kinder- und Jugendhilfe. Parallel hierzu entwickelte sich auch innerhalb des Gesundheitswesens der medizinische Kinderschutz, das heißt der „(...) umfassende[n] und fachlich fundierte[n] Umgang aller Akteure im Gesundheitswesen mit Kindeswohlgefährdungen (...)“ (Herrmann et al. 2016, S. 3) stetig fort, wobei der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ aus medizinischer Perspektive vor allem die Feststellung von Anzeichen für eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung beschreibt (vgl. Fegert 2013/2014, S. 4). Der Einbezug der Gesamtsituation und der prognostische Charakter, wie er dem Verständnis von „Kindeswohlgefährdung“

---

16 Vgl. hierzu im Besonderen § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

17 Vgl. hierzu Kapitel 2.1.2.3 und 2.2.



seitens der Kinder- und Jugendhilfe implizit ist, findet aus medizinischer Sicht weniger Beachtung. Mit der Erarbeitung von Leitfäden für Kinderarztpraxen, der Gründung der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AGKiM; seit 2016 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin bzw. DGKiM) und der Etablierung von Fortbildungen für Ärzt\*innen zum Thema Kindesmisshandlung seien nur einige Aktivitäten genannt, welche die gewonnene Bedeutsamkeit des Themas Kinderschutz innerhalb des Gesundheitswesens abbilden. Ein nennenswerter Entwicklungsschritt im medizinischen Kinderschutz ist zudem der fortschreitende Auf- und Ausbau von Kinderschutzgruppen an Kliniken, der sich mehrheitlich an dem von der DGKiM entwickelten Kinderschutzgruppen-Leitfaden orientiert (vgl. Herrmann et al. 2016, S. 16). Zu den wichtigsten Aufgaben einer Kinderschutzgruppe gehören die „(...) **Erkennung** von Gewalt/Misshandlung am Kind/Jugendlichen; **Planung** eines überlegten und koordinierten Vorgehens bezüglich diagnostischer Sicherung, der Elterngespräche und des Kindesschutzes nach Entlassung sowie die familienzentrierte interdisziplinäre **Beratung**“ (DAKJ/DGKiM 2016, S. 4, Hervorheb. i. O.). Die Kinderschutzgruppe ist ein innerklinisches, interdisziplinäres Team (vgl. Herrmann/Eydam 2010, S. 175), das sich aus Vertreter\*innen der Fachgebiete Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapie, dem klinischen Sozialdienst sowie einer/einem Vertreter\*in der Pflege zusammensetzt. Wenn möglich sind auch Vertreter\*innen anderer Fachgebiete, wie zum Beispiel der (Kinder-/Jugend-)Gynäkologie, der Kinderradiologie und auch der Rechtsmedizin zu beteiligen (vgl. DAKJ/DGKiM 2016, S. 4). Auch die Erstellung einer S3+-Leitlinie (vgl. AWMF 2022), welche sich unter anderem durch die Einbindung weiterer professioneller Systeme (Jugendhilfe und Pädagogik) in ihren Erarbeitungsprozess auszeichnet (vgl. Universitätsklinikum Bonn/DGKiM 2015) und welche die seit 2008 bestehende fächerübergreifende S2-Leitlinie im Jahr 2019 abgelöst hat, stellt eine wichtige Fortentwicklung des medizinischen Kinderschutzes dar.

Anders als die Fachkräfte des Jugendamtes gehören Ärzt\*innen im Tätigkeitsfeld „Kinderschutz“ nicht zu dem Personenkreis, der den Schutz eines Kindes oder Jugendlichen letztverantwortlich gewährleisten müssen. Dennoch haben sie eine Garantenstellung inne, die sich aus dem Arzt-Patient\*innen-Verhältnis bzw. dem Behandlungsvertrag zwischen Ärztin/Arzt und Patient\*in ergibt. Demzufolge und qua ihrer beruflichen Qualifikation, haben Ärzt\*innen die körperliche Unversehrtheit eines Kindes oder Jugendlichen als Rechtsgut zu schützen bzw. einer Verletzung dieses Rechtsgutes engagierter entgegenzuwirken als ein Laie (vgl. Herrmann et al. 2016, S. 4). Übergeordnet lässt sich konstatieren, dass Ärzt\*innen im Besonderen bei der Diagnose einer körperlichen Kindesmisshandlung eine zentrale Bedeutung im Kinderschutz zukommt (vgl. ebd., S. 3). Daneben ist die Rolle einer/eines Ärztin/Arztes und deren/dessen Aufgaben in der Kinderschutzarbeit abhängig davon, ob er/sie niedergelassen oder in

einer Klinik tätig ist und welchem Fachgebiet er/sie angehört. Niedergelassene Ärzt\*innen sind seltener mit massiven, offensichtlichen Misshandlungen konfrontiert; für sie liegt der Fokus primär auf dem Erkennen von Störungen der Eltern-Kind-Beziehung und sich hieraus ergebenden Risiken sowie entsprechender Interventionen (vgl. ebd., S. 3). Zudem fällt die Beobachtung nicht eindeutiger Fallkonstellationen (vgl. ebd., S. 3) und gegebenenfalls die im Fallverlauf notwendige Weitervermittlung an andere Stellen in ihren Aufgabenbereich. Eine am Deutschen Jugendinstitut durchgeführte Studie zur Handlungssicherheit von niedergelassenen Ärzt\*innen im Kinderschutz<sup>18</sup> bildete ab, dass aufseiten dieser Ärzteguppe häufig Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Rolle und der hiermit einhergehenden Aufgaben im Kinderschutz bestehen. Obgleich die an der Studie beteiligten Ärzt\*innen dahingehend Einigkeit zeigten, dass die Bearbeitung eines Kinderschutzfalles, außerhalb der ärztlichen Bewertung, in die Zuständigkeit des Jugendamtes fällt, wurde sichtbar, dass sich einige Ärzt\*innen dennoch – über ihre tatsächliche Aufgabe Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Perspektive zu beurteilen hinaus – für die Gesamteinschätzung der Situation und das weitere Vorgehen verantwortlich fühlen (vgl. Dittmann/Raabe 2018a, S. 438). Besonders in diesen Fällen ließen sich Überforderungsmomente und Belastungssituationen aufseiten der Ärzt\*innen erkennen (vgl. ebd.). Auch in der Studie von Franzheld (2017a) zur „Verdachtsarbeit im Kinderschutz“ offenbarten sich Unsicherheiten im ärztlichen Umgang mit Fallkonstellationen, die auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten (vgl. Franzheld 2017a, S. 163 ff.).

Im klinischen Bereich sind Ärzt\*innen angehalten, Gefährdungsanzeichen „(...) durch eine gezielte und rationale Diagnostik und Beobachtung (...)“ (Herrmann 2016, S. 3) zu klären. Dies erfordert das Zusammenwirken verschiedener Fachgebiete und Professionen (vgl. ebd., S. 3). Wie beschrieben, wird das Kinderschutzhandeln an Kliniken inzwischen häufig durch dort etablierte Kinderschutzgruppen unterstützt.

Auch für Ärzt\*innen ist das Handeln im Kinderschutz mit Herausforderungen verbunden und fordert ihnen ein fachlich fundiertes Wissen, Kenntnisse über Interventionsmöglichkeiten und Handlungswege sowie über in diesem Kontext relevante rechtliche Regelungen ab (vgl. Herrmann/Eydam 2010, S. 173). Die seitens des Deutschen Jugendinstituts durchgeführte Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz gibt Hinweise darauf, dass die Beurteilung

---

18 In der Studie wurden Gruppendiskussionen in ärztlichen Qualitätszirkeln, die in unterschiedlichen Regierungsbezirken Bayerns angesiedelt sind, durchgeführt. Inhalt der Fokusgruppen war die Diskussion über die Ausprägung der Handlungssicherheit von Ärzt\*innen im Umgang mit einer (möglichen) Kindeswohlgefährdung. In diesem Zusammenhang geben die Daten Hinweise darauf, „(...) durch welche Maßnahmen die Handlungssicherheit von Ärzt\*innen bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen sowie in Bezug auf das weitere Vorgehen aufbauend auf den in Bayern vorhandenen Strukturen positiv beeinflusst werden kann“ (DJI 2021b).

von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung auch für Mediziner\*innen eine Herausforderung darstellt und mit Unsicherheiten behaftet ist. Es zeigte sich, dass die befragten Ärzt\*innen am häufigsten das Angebot der bayerischen Kinderschutzambulanz in Anspruch nahmen, vorliegende Verletzungen zu beurteilen bzw. sich beraten zu lassen bei der Frage, ob es sich hierbei um gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung handelt (vgl. Dittmann/Raabe 2018b, S. 47). Zudem gibt ein Großteil der in der Studie befragten Ärzt\*innen an, dass der Einbezug der bayerischen Kinderschutzambulanz vor allem im Hinblick auf die Beurteilung von Anhaltspunkten für eine körperliche Misshandlung oder einen sexuellen Missbrauch als hilfreich bewertet wird (vgl. ebd., S. 57) und der Einbezug der rechtsmedizinischen Kolleg\*innen die (rechtliche) Handlungssicherheit stärkt (vgl. ebd., S. 64). In ähnlicher Weise scheint seitens der Mediziner\*innen der Bedarf zu bestehen, Wissen über Strukturen, Verfahrensweisen und Unterstützungsmöglichkeiten im Kinderschutz zu erlangen. Auch hier machte die Evaluation sichtbar, dass das Angebot der Beratung durch die bayerische Kinderschutzambulanz, wie Ärzt\*innen bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung weiter vorgehen müssen, mit am häufigsten in Anspruch genommen wurde, und ein Großteil der Ärzt\*innen die Beratung hinsichtlich dieser Thematik als hilfreich empfand (vgl. ebd., S. 59). Daneben zeigte die bereits erwähnte Studie zur Handlungssicherheit von niedergelassenen Ärzt\*innen Wissenslücken hinsichtlich der Strukturen im Kinderschutz, der eigenen Handlungsmöglichkeiten sowie der für Ärzt\*innen existierenden Beratungsangebote (vgl. Dittmann/Raabe 2018a, S. 437 ff.). Auch die erste Auswertung der Anrufe bei der „Medizinischen Kinderschutzhotline“<sup>19</sup> offenbart den Bedarf bei Ärzt\*innen nach Beratung hinsichtlich des weiteren Vorgehens bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung (vgl. Fegert et al. 2018, S. 6). Anders als in der Evaluation der bayerischen Kinderschutzambulanz zeigte sich aufseiten der Ärzt\*innen hier weniger das Bedürfnis, Beratung hinsichtlich medizinischer Befunde in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd., S. 6).

Mit Blick auf die Regelungen des Strafgesetzbuches sowie auf verfassungsrechtliche Vorgaben liegen Herausforderungen für Ärzt\*innen im Kinderschutz auch darin begründet, dass sie zum Teil unvereinbare differente Rechtsgüter, wie beispielsweise die Rechte des Kindes, die Rechte der Eltern und die ärztliche Pflicht zur Verschwiegenheit (ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB) gegeneinander abwägen müssen, was für Ärzt\*innen ein ethisches Dilemma bedeutet (vgl. Thyen et al. 2010, S. 126). Demnach besteht aufseiten der Mediziner\*innen oftmals eine hohe Unsicherheit hinsichtlich der Frage, wann sie die nach § 203

---

19 Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein bundesweites, niederschwelliges, anonymes und kostenloses Beratungsangebot für Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und weitere Fachkräfte des Gesundheitswesens sowie inzwischen auch für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zu Fragen des Kinderschutzes.

StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) existierende ärztliche Schweigepflicht brechen dürfen bzw. in welchem Fall sie auch gegen den Willen der Eltern berechtigt sind, Informationen an Dritte weiterzugeben. Wann eine unbefugte Offenbarung, das heißt eine Datenweitergabe ohne Einwilligung der Eltern, gerechtfertigt ist, ließ sich bis zur Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes vor allem aus den Regelungen zum „rechtfertigendem Notstand“ nach § 34 StGB ableiten (vgl. Meysen/Schönecker 2009, S. 72). Demnach ist eine unbefugte Offenbarung grundsätzlich möglich, wenn das Kindeswohl, als höheres Rechtsgut, dem/der Ärztin/Arzt gefährdet erscheint (vgl. Thyen et al. 2010, S. 129). Jedoch bedarf die Datenweitergabe ohne Einwilligung der Eltern „(...) einer qualifizierten, selten einfach zu treffenden *Abwägungs- und gleichzeitig Prognoseentscheidung* des/der behandelnden Arztes/Ärztin (...)“ (Meysen/Schönecker 2009, S. 72, Hervorheb. i. O.). Für Ärzt\*innen gestaltete sich die Abwägung zwischen § 203 StGB und § 34 StGB im Einzelfall oftmals schwierig (vgl. BÄK/KBV 2011, S. 2) und es bestand keine ausreichende Sicherheit in Bezug auf die Frage, in welchem Fall es rechtlich legitim ist, Informationen an Dritte – auch gegen den Willen der Eltern – zum Schutze eines Kindes oder Jugendlichen zu übermitteln (vgl. Bertsch 2016, S. 7). Mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 fand eine bundeseinheitliche Novellierung der ärztlichen Schweigepflicht im Kinderschutz statt. Vor allem mithilfe des § 4 KKG, der die Beratung von Ärzt\*innen und Weitergabe von Daten in Fällen einer Kindeswohlgefährdung in einem mehrstufigen Verfahren regelt (vgl. BÄK/KBV 2011, S. 2) und Ärzt\*innen unter bestimmten Voraussetzungen dazu berechtigt, Informationen an das Jugendamt zu übermitteln, strebte der Gesetzgeber eine Erhöhung der Rechts- und Handlungssicherheit von Ärzt\*innen im Kinderschutz an (vgl. ebd., S. 2; Bertsch 2016, S. 7).<sup>20</sup> Die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigte, dass dieses Ziel zum Teil erreicht wurde, mit der Einführung des Gesetzes aber auch neue Verunsicherungen ausgelöst wurden, im Besonderen bei Ärzt\*innen, die sich mit dem Thema Kinderschutz bisher nicht auseinandergesetzt haben bzw. keine Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt haben (vgl. Bertsch 2016, S. 66 ff.).

Zudem existiert bei Ärzt\*innen im Rahmen ihres Handelns im Kinderschutz die Sorge, fälschlicherweise eine Kindeswohlgefährdung zu diagnostizieren, was einer fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik hindernd im Wege steht (vgl. Herrmann 2016, S. 3). Die Studie des Deutschen Jugendinstituts zur Handlungssicherheit von niedergelassenen Ärzt\*innen im Kinderschutz bestätigt diesen Sachverhalt. Auch hier offenbarte sich die Angst der Ärzt\*innen, Eltern

---

20 Mit Inkrafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) am 10.06.2021 – das heißt erst nach der Erhebung der Daten der vorliegenden Studie – fand zudem dahingehend eine Novellierung des § 8a SGB VIII statt, dass „(...) Personen, die gemäß § 4 Abs. 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen [sind, Ergänzung A. D.]“ (§ 8a Abs. 1 Satz 2 SGB VIII).

fälschlicherweise einer Misshandlung oder des Missbrauchs ihres Kindes zu beschuldigen und auf diese Weise langfristige negative Konsequenzen für die Eltern zu initiieren (vgl. Dittmann/Raabe 2018a, S. 437 f.).

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass Ärzt\*innen im (medizinischen) Kinderschutz eine bedeutsame Rolle zukommt, das Handeln im Tätigkeitsfeld „Kinderschutz“ für diese Berufsgruppe jedoch ebenso mit vielfältigen Unsicherheiten und Belastungen behaftet ist. Auch sie sind in ihrer Beurteilung von Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung und mit Blick auf das Vorgehen im Fall einer (möglicherweise) bestehenden Kindeswohlgefährdung nicht selten auf fachfremde Expertise angewiesen. Dieser Sachverhalt scheint hier im Hinblick auf die bereits aufgeworfene Frage interessant, ob für die Jugendämter eine „Hierarchie“ hinsichtlich medizinischer Bewertungen besteht bzw. ob und in welcher Weise sich für die Jugendamtsfachkräfte der Stellenwert der Beurteilung einer/eines Pädia-ter\*in von dem der rechtsmedizinischen Expertise – auch mit Blick auf den Fallverlauf – unterscheidet.

### 2.1.2.3 Verortung und Aufgaben der Rechtsmedizin im (medizinischen) Kinderschutz

Übergeordnet bedeutet „Rechtsmedizin“ „(...) die wissenschaftliche Erforschung medizinisch-naturwissenschaftlicher Tatsachen und Zusammenhänge sowie deren Darlegung und Interpretation für die Rechtspflege im weitesten Sinne sowie die Befassung mit allen Rechtsfragen, die im Rahmen ärztlicher Tätigkeit der Lehre, Aus-, Fort- und Weiterbildung auftreten“ (Dettmeyer et al. 2014, S. 2). Die Rechtsmedizin stellt demnach eine medizinische Spezialdisziplin dar, deren Tätigkeit sich an der Schnittstelle zwischen Medizin und Recht bewegt und die Versorgungsaufgaben für Justiz, Kliniken und das öffentliche Gesundheitswesen erfüllt (vgl. Madea 2007, S. 4). Das Aufgabenspektrum der Rechtsmedizin ist breit gefächert: Mit Leichenfundortuntersuchungen, Obduktionen, Auseinandersetzung mit rechtserheblichen Körperverletzungen lebender Personen (Untersuchung, Befundung, Begutachtung), toxikologischen Untersuchungen, Vornahme von Leichenschauen für das öffentliche Gesundheitswesen, Blutalkoholuntersuchungen und der Beschäftigung mit verkehrsmmedizinischen Fragestellungen, seien nur einige wesentliche Aufgabengebiete der Rechtsmedizin genannt (vgl. Madea 2007, S. 3 ff.; Dettmeyer et al. 2014, S. 2 ff.). In diesem Rahmen gehört auch die Sicherung von Beweismitteln und Spuren in ihr Tätigkeitsfeld sowie das Handeln im Auftrag einer Ermittlungsbehörde oder vor Gericht. Daneben ist die Rechtsmedizin auch in Forschung und Lehre engagiert tätig. Die Rechtsmedizin ist ein universitär verankertes Fach (vgl. Dettmeyer 2014, S. 2), das heißt rechtsmedizinische Institute sind in Deutschland in der Regel an Universitäten angebunden (vgl. Madea 2007, S. 6; Becker/Wecker 2011, S. 453). In Deutschland existieren bundesweit 28 universitäre rechtsmedizinische Institute;

zwei dieser Institute haben jeweils eine Außenstelle. Darüber hinaus gibt es verschiedene Stadt- sowie Landesinstitute und ein Privatinstitut.<sup>21</sup> Die universitären Institute verfügen über Untersuchungsstellen bzw. rechtsmedizinische Ambulanzen. Hier ist die klinische Rechtsmedizin, das heißt Obduktion, Alkoholbegutachtung, molekulare Genetik sowie die Toxikologie angesiedelt. Die Landes-, Stadt- und Privat Institute halten derartig kostenintensive Laboratorien nicht vor; sie unterhalten Prosekturen, denen lediglich die klinische Rechtsmedizin sowie die Obduktion zugeordnet sind. Notwendige Laboruntersuchungen werden von den universitären Instituten übernommen (vgl. Anfrage bei der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin [DGRM] per Mail am 20.07.2018). In Bayern sind zudem Landgerichtsärzte zur gerichtsärztlichen Begutachtung vor Gericht und partiell auch zur Sektionstätigkeit in ihrem Landgerichtsbezirk autorisiert (vgl. Madea 2007, S. 7). Mit Blick auf die hier vorgestellte Studie ist vor allem die klinische Rechtsmedizin, das heißt die „(...) Anwendung medizinischen Wissens zur Beurteilung von Verletzungen lebender Personen im Dienste der Rechtspflege“ (Dettmeyer et al. 2014, S. 112) von Bedeutung. Schon seit den Zwanzigerjahren des 19. Jahrhunderts wird dem Thema „Kindesmisshandlung“ in der (klinischen) Rechtsmedizin erhöhte Aufmerksamkeit zuteil, und die Beurteilung von Anzeichen für eine Kindesmisshandlung stellt seitdem eine zentrale Aufgabe dieser Teildisziplin dar (vgl. Grassberger et al. 2013, S. 6). Rechtsmediziner\*innen verfügen über ein traumatologisches Spezialwissen und eine besondere Expertise hinsichtlich der Rekonstruktion von Verletzungen, weshalb sie eine wichtige Rolle bei der Untersuchung, Befundung und Begutachtung lebender Personen spielen (vgl. Madea 2007, S. 5). Im Falle einer eventuellen Kindeswohlgefährdung unterstützen sie wesentlich dabei, den möglichen Hergang des Geschehens, welches zu der Verletzung eines Kindes oder Jugendlichen geführt hat, nachzuvollziehen sowie Differentialdiagnosen abzuklären, und erleichtern auf diese Weise die Klärung und Interpretation körperlicher Befunde (Herrmann et al. 2016, S. 371, Geleitwort VII). Zudem dokumentiert die Rechtsmedizin wichtige Befunde und sichert Beweismittel gerichtsverwertbar. Aus rechtsmedizinischer Perspektive ergibt sich aus diesen spezifischen Kenntnissen und Kompetenzen der Beitrag, den Rechtsmediziner\*innen für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl leisten können. An dieser Stelle offenbart sich auch die Diskrepanz zu dem Beitrag anderer ärztlicher Fachgebiete für den Kinderschutz, denn von forensisch ungeschulten Ärzt\*innen erhobene Befunde haben sich in der Vergangenheit im weiteren Verfahrensablauf als nicht belastbar erwiesen (vgl. Madea 2007, S. 5). Diesen Sachverhalt bestätigt eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin an der Medizinischen Hochschule in Hannover (MHH)

---

21 Entsprechend der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) bestehen in Deutschland insgesamt 41 rechtsmedizinische Institute (vgl. DGRM 2023).

im Rahmen des „Projektes Kinderschutz“.<sup>22</sup> In 37 von 122 Fällen (30,3 %) konnte der von Ärzt\*innen geäußerte Verdacht auf eine körperliche Misshandlung bzw. einen sexuellen Missbrauch durch die rechtsmedizinische Beurteilung entkräftet werden, wobei es sich in den meisten Verdachtsfällen um falsche Interpretationen des erstbehandelnden Arztes handelte (vgl. Todt et al. 2014, S. 401). In 57 Fällen (46,7 %) ließ sich der Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch oder eine körperliche Misshandlung weder bestätigen noch entkräften (vgl. ebd.). Neben der Relevanz der rechtsmedizinischen Expertise für die Klärung und Interpretation körperlicher Befunde im Kontext des Kinderschutzes, unterstreichen diese Studienergebnisse die Probleme und Unsicherheiten, die für Ärzt\*innen anderer Fachgebiete, aber auch für die Akteur\*innen der spezialisierten Disziplin „Rechtsmedizin“ bei der Beurteilung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, und verdeutlichen – auch für Mediziner\*innen – die Komplexität und Diffizilität des Handlungsfeldes „Kinderschutz“.

In der einschlägigen Fachliteratur wird die Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz vor allem im Kontext einer Kindesmisshandlung oder eines sexuellen Missbrauchs beschrieben, das heißt, ihre Tätigkeit bezieht sich primär auf die Beurteilung körperlicher Anhaltspunkte für eine Misshandlung, einen sexuellen Missbrauch oder eine körperliche Vernachlässigung. Dagegen fällt die Beurteilung von Anhaltspunkten für emotionale und kognitive Vernachlässigung sowie seelische Gewalt nicht in den Bereich, in dem die Rechtsmedizin wesentlich unterstützen kann. Die Bedeutung der Rechtsmedizin im Kinderschutz wird auch vor dem Hintergrund gesehen, dass die rechtsmedizinische Diagnose eine fundierte Basis bildet, um gezielte Interventionen sowie prophylaktische Maßnahmen zur Abwendung zukünftiger Kindeswohlgefährdungen einzuleiten (vgl. Grassberger et al. 2013, S. 9; Herrmann et al. 2016, Geleitwort VII). Diese Sichtweise bildet ab, dass die Rechtsmedizin ihrem Beitrag im Kinderschutz durchaus auch einen prospektiven Charakter zuschreibt.

Die rechtsmedizinische Expertise fließt auf diversen Wegen in den Schutz von Kindern und Jugendlichen ein. Wie bereits erwähnt, werden Rechtsmediziner\*innen im Kinderschutz erst involviert, wenn aufseiten einer/eines anderen Akteurin/Akteurs ein Verdacht besteht bzw. Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen werden, das heißt, sie sind in der Regel nicht die primären Personen, die mit Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung konfrontiert sind. Vielmehr werden Rechtsmediziner\*innen im medizinischen Kinderschutz oftmals zur Mitbeurteilung eines Falles konsiliarisch hinzugezogen (vgl.

---

22 Das „Projekt Kinderschutz“ ist am rechtsmedizinischen Institut der MHH angesiedelt und bietet vor allem Ärzt\*innen Beratung und Unterstützung im Umgang mit vermutterter Kindeswohlgefährdung und Verdacht auf sexuellen Missbrauch (vgl. Todt et al. 2014, S. 399). In der retrospektiven Studie wurden alle Fälle analysiert, in denen das Institut für Rechtsmedizin der MHH im Kontext des „Projektes Kinderschutz“ im Zeitraum von Oktober 2010 bis März 2013 angefragt wurde (vgl. ebd., S. 399 ff.).

Herrmann 2016, S. 371). Dies kann durch die Abteilung einer Klinik (zum Beispiel Kinderklinik, Kinderchirurgie) oder die Kinderschutzgruppe einer Klinik geschehen, wobei Entscheidungen über das weitere Verfahren in einem Fall nicht von der/dem Rechtsmediziner\*in übernommen werden (vgl. ebd., S. 371). Herrmann et al. (2016) weisen in diesem Kontext darauf hin, dass es hilfreich ist, Rechtsmediziner\*innen in an Kliniken stattfindende Fallkonferenzen einzubinden, da sie die Befunde auch für Akteur\*innen anderer Professionen verständlich darstellen können (vgl. ebd., S. 372). Demnach schreiben die Autor\*innen den Rechtsmediziner\*innen eine besondere Kompetenz hinsichtlich der „Übersetzung“ medizinischer Befunde für nichtmedizinische Akteur\*innen zu. Oftmals veranlassen niedergelassene Ärzt\*innen die stationäre Aufnahme in einer Klinik, wenn sie bei einer/einem Patient\*in Gefährdungsanzeichen wahrnehmen. Zudem kann der Einbezug der Rechtsmedizin auch ambulant erfolgen. In den an den Instituten angesiedelten Untersuchungsstellen oder rechtsmedizinischen Ambulanzen werden Minderjährige untersucht sowie Verletzungen gerichtsfest dokumentiert und begutachtet, wodurch sich für die Gerichte, beispielsweise in einem Strafverfahren oder familiengerichtlichen Verfahren, eine verlässlichere Entscheidungsgrundlage ergibt (vgl. Herrmann et al. 2016, S. 382).<sup>23</sup> Zum Teil existiert in den rechtsmedizinischen Ambulanzen ein Bereich, der sich auf die Untersuchung von Minderjährigen spezialisiert hat, die sogenannten „Kinderschutzambulanzen“<sup>24</sup>. Einige rechtsmedizinische Institute halten Gewaltschutzambulanzen vor, in denen zum Teil ebenfalls rechtsmedizinische Untersuchungen von Minderjährigen durchgeführt werden. Eine ambulante Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen in einer rechtsmedizinischen Ambulanz kann durch eine/n Arzt/Ärztin veranlasst werden, in einigen Ambulanzen können Elternteile ihre Kinder auch eigeninitiativ vorstellen. Auch für die Kinder- und Jugendhilfe, im Besonderen für die Jugendämter, spielt die Rechtsmedizin eine Rolle im Kinderschutz, da die rechtsmedizinische Expertise Jugendämtern im

---

23 Es sei angemerkt, dass die Rechtsmedizin auch häufig in Sorgerechtsstreitigkeiten von Eltern involviert wird. Dies geschieht in der Regel in der Weise, dass ein Elternteil dem anderen vorwirft, das gemeinsame Kind misshandelt oder sexuell missbraucht zu haben und das Kind aus diesem Grund in der rechtsmedizinischen Ambulanz vorstellt. Es kommt vor, dass Elternteile hoffen, auf diesem Weg eine bessere Position innerhalb eines familiengerichtlichen Verfahrens zu erlangen (vgl. Herrmann et al. 2016, S. 382).

24 Der Begriff „Kinderschutzambulanz“ wird in heterogener Weise genutzt; neben den hier relevanten rechtsmedizinischen, forensisch orientierten, Kinderschutzambulanzen, existiert eine Vielzahl an Organisationen, die diesen Namen tragen, jedoch differente Aufträge und Aufgaben haben, unterschiedliche Zielgruppen ansprechen, und deren Teams durch unterschiedliche Professionen besetzt sind. Berthold et al. (2017) beschreiben drei typische Ausrichtungen der in Deutschland existierenden Kinderschutzambulanzen und unterscheiden zwischen psychologisch-therapeutischen Kinderschutzambulanzen, rechtsmedizinischen Kinderschutzambulanzen und kinder- und jugendmedizinischen Kinderschutzambulanzen (vgl. Berthold et al. 2017, S. 527).



Rahmen ihres Schutzauftrages zur Verfügung steht. Rechtsmedizinische Ambulanzen bieten auch Jugendämtern die Möglichkeit ein Kind vorzustellen und/oder sich rechtsmedizinisch beraten zu lassen. Es existiert auch die Position, dass Rechtsmediziner\*innen von den Jugendämtern als insoweit erfahrene Fachkraft eingesetzt werden können, was bisher jedoch kaum der Fall ist (vgl. Kindler 2016, S. 21). Auf welchen Wegen die rechtsmedizinische Expertise außerdem in die Kinderschutzarbeit der Jugendämter einfließt und welche Formen der Zusammenarbeit zwischen Rechtsmediziner\*innen und den Fachkräften der Jugendämter bestehen, wird im nachfolgenden Kapitel (2.2) näher erläutert.

## 2.2 Begegnung und Zusammenarbeit von Jugendamt und Rechtsmedizin im Kinderschutz

Neben der bereits erwähnten Konstellation, dass Fachkräfte des Jugendamtes Kinder in rechtsmedizinischen Ambulanzen zur Untersuchung vorstellen oder sich hinsichtlich wahrgenommener Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung rechtsmedizinisch beraten lassen, sind die Formen der Begegnung von Jugendamt und Rechtsmedizin und die Möglichkeiten, durch welche die rechtsmedizinische Expertise Einzug in die Kinderschutzarbeit der ASD-Fachkräfte hält, vielfältig und heterogen. Dieser Sachverhalt offenbart sich auch bei einer ersten Durchsicht der im Rahmen der hier vorgestellten Studie geführten Interviews. Bei den erwähnten rechtsmedizinischen Ambulanzen kann es sich um Gewaltschutzambulanzen oder um rechtsmedizinisch ausgerichtete Kinderschutzambulanzen handeln, die bestimmte Angebote für Fachkräfte der Jugendämter vorhalten. Die rechtsmedizinischen Kinderschutzambulanzen bieten teilweise auch telefonische Beratung sowie in einem Fall eine Online-Beratung für Jugendämter an. Daneben existieren, oftmals an Kliniken angesiedelte, interdisziplinäre<sup>25</sup> medizinische Kinderschutzambulanzen (zum Beispiel kinder- und jugendmedizinisch ausgerichtete Kinderschutzambulanzen), an die sich Fachkräfte des Jugendamtes wenden können und die, sofern es für notwendig gehalten wird, wiederum die Expertise einer/eines Rechtsmediziner\*in entweder über ein rechtsmedizinisches Institut oder eine rechtsmedizinische (Kinderschutz-/Gewaltschutz-)Ambulanz einholen. In einigen Fällen wird die Rechtsmedizin auch als Bestandteil dieser Ambulanzen benannt. Die Rückmeldung an die anfragende Fachkraft des Jugendamtes erfolgt hier in der Regel durch die medizinische

---

25 Die Begriffe „interdisziplinär“ und „multiprofessionell“ finden im Gesundheitswesen eine andere Verwendung als in der Kinder- und Jugendhilfe. Im Gesundheitswesen beschreibt der Begriff „interdisziplinär“ die Zusammenarbeit von Vertreter\*innen verschiedener ärztlicher Fachgebiete. „Multiprofessionell“ meint hingegen die Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen, beispielsweise die Zusammenarbeit von Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Sozialpädagog\*innen (vgl. Berthold et al. 2017, S. 527).

bzw. kinder- und jugendmedizinisch orientierte Kinderschutzambulanz, das heißt, diese übermittelt die Beurteilung der Rechtsmedizin an das Jugendamt. Bei konkreten Rückfragen wendet sich das Jugendamt auch direkt an die Rechtsmedizin. Weiterhin gibt es multiprofessionell besetzte Kinderschutzambulanzen, die als Ansprechpartner für Jugendamtsfachkräfte zur Verfügung stehen. Hier können Ärzt\*innen unterschiedlicher Fachgebiete, auch Rechtsmediziner\*innen, dem Team zugehörig sein oder nach Bedarf konsiliarisch hinzugezogen werden. Die rechtsmedizinische Beurteilung wird hier ebenfalls über die Kinderschutzambulanz an die anfragende Fachkraft des Jugendamtes kommuniziert. Zudem kann die rechtsmedizinische Expertise Eingang in die Fallarbeit des Jugendamtes finden, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher in einer Klinik stationär behandelt wird und Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Hier besteht die Möglichkeit, dass sich die an der Klinik eingerichtete Kinderschutzgruppe mit ihrem Beratungsanliegen entweder an eine rechtsmedizinische (Kinderschutz-/Gewaltschutz-)Ambulanz wendet oder eine/einen Rechtsmediziner\*in konsiliarisch involviert. Sofern das Jugendamt bereits einbezogen ist oder aufgrund der Befundlage einbezogen werden muss, wird die rechtsmedizinische Bewertung über die Kinderschutzgruppe an die Fachkraft des Jugendamtes weitergegeben. Ist an der Klinik keine Kinderschutzgruppe etabliert, wird oftmals in ähnlicher Weise verfahren. Die Klinik bzw. die behandelnden Ärzt\*innen holen die rechtsmedizinische Expertise auf den beschriebenen Wegen ein und kommunizieren diese an das Jugendamt. Eine weitere Möglichkeit der Begegnung und Zusammenarbeit von Jugendamt und Rechtsmedizin ergibt sich, wenn ein Jugendamt ein Institut für Rechtsmedizin mit der Erstellung eines (kostenpflichtigen) rechtsmedizinischen Gutachtens beauftragt. Auch auf diesem Weg fließt die rechtsmedizinische Expertise in das Kinderschutzhandeln der Fachkräfte des Jugendamtes in schriftlicher Form ein. Gibt ein Familiengericht ein rechtsmedizinisches Gutachten in Auftrag, erhält das Jugendamt ebenfalls Kenntnis über die rechtsmedizinische Bewertung eines Falles.

### 2.3 Die Kooperation zwischen Jugendamt und (Rechts-)Medizin – Herausforderungen

Der Allgemeine Soziale Dienst ist zur Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen seines Auftrages, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, auf die Zusammenarbeit und Vernetzung<sup>26</sup> mit Akteur\*innen aus verschiedenen

---

26 Im Folgenden soll es um die (interinstitutionelle) Kooperation und Vernetzung, vor allem zwischen dem Jugendamt/ASD und der Rechtsmedizin gehen. Die Frage, inwieweit die Vernetzung für die Begegnung zwischen dem Jugendamt und der Rechtsmedizin von Bedeutung ist, muss an dieser Stelle offengelassen werden, wird jedoch bei der Auswertung des Datenmaterials im Blick behalten. Der Begriff „interinstitutionelle Kooperation“ soll

Organisationen angewiesen (vgl. Biesel 2015, S. 47; Tenhaken 2012, S. 268). Zudem gilt interinstitutionelle Kooperation und Vernetzung als ein wesentlicher Faktor gelingenden Kinderschutzes (zum Beispiel Tenhaken 2012; Ziegenhain et al. 2011), wenngleich bisher nur wenig empirische Belege existieren, die darauf hinweisen, dass eine verbesserte Kooperation tatsächlich eine Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen nach sich zieht (vgl. Fegert et al. 2010, S. 104; Ziegenhain et al. 2011, S. 39). In diesem Zusammenhang existiert auch eine kontroverse Diskussion, inwieweit interinstitutionelle Kooperation für die Soziale Arbeit bzw. die Kinder- und Jugendhilfe überhaupt gewinnbringend ist (vgl. zum Beispiel Otto/Ziegler 2020, S. 268 ff.). Verschiedene tragische Kinderschutzfälle in den vergangenen Jahrzehnten initiierten, wie bereits in Kapitel 2.1.2.1 aufgezeigt, unterschiedliche Entwicklungen auf politischer Ebene sowie gesetzliche Änderungen, welche die Bedeutung von Kooperation und Vernetzung im Kinderschutz hervorheben und zum Ziel haben, das Zusammenwirken der verschiedenen Akteur\*innen des Kinderschutzes zu verbessern. Das Gesundheitswesen hat in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung, da Fachkräfte des Gesundheitswesens regelhaft einen frühen Zugang zu Familien erhalten und familiäre Belastungen und Unterstützungsbedarfe frühzeitig erkennen können. Um auf diese Bedarfe adäquat zu reagieren und Kinder gegebenenfalls auch frühzeitig vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, wird einer konstruktiven interinstitutionellen Zusammenarbeit im Kinderschutz eine hohe Bedeutung zugesprochen. Entsprechend spielen Akteur\*innen des Gesundheitswesens unter anderem eine wichtige Rolle dabei, dass Jugendamtsmitarbeitende auf mögliche Kinderschutzfälle (frühzeitig) aufmerksam werden. Wenngleich die Rechtsmedizin dem Gesundheitswesen angehört, hat sie hier, wie bereits erwähnt, eine andere Position: Ihr Bezug zum Kinderschutz und zum Jugendamt impliziert keinerlei präventiven Charakter. Vielmehr findet eine Kooperation zwischen Jugendamt und Rechtsmedizin dann statt, wenn bereits Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen (vgl. hierzu auch Kapitel 2.1.2.1 sowie Kapitel 2.2). Hierin liegt möglicherweise auch begründet, dass die Rechtsmedizin im Fachdiskurs und in Studien häufig nicht als Kooperationspartnerin des Jugendamtes aufgeführt wird (vgl. zum Beispiel Ziegenhain et al. 2011; van Santen/

---

„(...) verdeutlichen, dass es sich bei der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsbereich (...) in der Regel nicht um Einzelpersonen handelt, sondern Institutionen und Organisationen miteinander kooperieren. Die handelnden Personen in Kooperationen sind spezifischen institutionellen Logiken verpflichtet und haben auch die Interessen ihrer jeweiligen Organisation zu vertreten“ (Seckinger 2015, S. 46). Wenn demnach die handelnden Personen, zum Beispiel Jugendamtsmitarbeitende/Jugendamtsfachkräfte, ASD-Mitarbeitende/-Fachkräfte oder Rechtsmediziner\*innen genannt werden, sind sie immer in ihrem institutionellen/organisatorischen Kontext zu sehen. Eine Definition der Begriffe „Kooperation“ und „Vernetzung“ findet sich in Kapitel 2.1.2.1.

Seckinger 2019, S. 365 ff.). Dass die Rechtsmedizin nicht als „typische“ Kooperationspartnerin des Jugendamtes definiert wird, könnte zudem damit zusammenhängen, dass Konstellationen existieren, in denen die Jugendamtsmitarbeitenden nicht im direkten Kontakt mit der Rechtsmedizin stehen, sondern die Begegnung und Kommunikation über eine weitere, sozusagen vermittelnde Institution oder Organisation verläuft.<sup>27</sup> Die Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin dient dem Jugendamt zur Informationsgewinnung im Kontext seines Schutzauftrages, das heißt, das Jugendamt nutzt die rechtsmedizinische Expertise bei der Beurteilung von Fällen einer möglichen Kindeswohlgefährdung und dem hier impliziten Prozess, Risiken für Kinder und Jugendliche und hiermit gegebenenfalls einhergehende Gefährdungslagen einzuschätzen. Die Kooperation wird regelhaft seitens des Jugendamtes oder durch Dritte, zum Beispiel eine Kinderschutzbambulanz, initiiert.<sup>28</sup>

Im Fachdiskurs werden vielfältige Herausforderungen für interinstitutionelle Kooperation und Vernetzung beschrieben. Oftmals beziehen sich diese auf die Netzwerke Frühe Hilfen – hier gilt Kooperation und Vernetzung als ein konstitutives Element – aber auch auf die Kinderschutzarbeit. Nachfolgend werden diejenigen Herausforderungen herausgegriffen und aufgezeigt, die sich im Rahmen der Kooperation zwischen zwei Berufssystemen ergeben können und die für die Begegnung zwischen dem Jugendamt und der Rechtsmedizin von Relevanz sein könnten. Hierbei wird auf im Fachdiskurs beschriebene allgemeine Kooperationshemmnisse eingegangen sowie auf spezifische Schwierigkeiten, die aus der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus dem Gesundheitswesen und Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe bekannt sind.

Ein oftmals erwähnter Aspekt, der die Zusammenarbeit (und Vernetzung) zwischen verschiedenen professionellen Akteur\*innen erschweren kann, sind bestehende Vorurteile über die jeweils andere Profession (vgl. zum Beispiel Seckinger 2015, S. 47; Fegert 2013/2014, S. 4). Die mangelnde Kenntnis der Aufgaben und Angebote sowie auch die Grenzen der Handlungsmöglichkeiten der Kooperationspartner\*innen können Kooperationshemmnisse darstellen, da hieraus enttäuschte Erwartungen, Missverständnisse und nachfolgend Demotivation im Hinblick auf die Kooperation resultieren können (vgl. Seckinger 2015, S. 47; Ziegenhain 2011, S. 41). Ähnliche Folgen kann ein unzureichendes Wissen über interne organisationale Strukturen und Abläufe der Kooperationspartner\*innen sowie über die jeweiligen für die Zusammenarbeit bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen oder die datenschutzrechtlichen Vorgaben haben. Bezogen auf das Jugendamt wird oftmals deutlich, dass unzureichendes Wissen über diese

---

27 Vgl. hierzu auch Kapitel 2.2

28 Eine nähere Beschreibung der Rolle der Rechtsmedizin im Kinderschutz und der möglichen Formen der Begegnung und Zusammenarbeit zwischen Rechtsmedizin und Jugendamt finden sich in den Kapiteln 2.1.2 und 2.2.

Organisation, zum Beispiel über die vielfältigen unterstützenden Handlungsmöglichkeiten des Jugendamtes, die Zusammenarbeit im Kinderschutz behindert (vgl. Seckinger 2015, S. 47), was sich auch in der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigte (vgl. Bertsch/Seckinger 2016, S. 312). Neben mangelndem Wissen und falschen Vorstellungen über die Kooperationspartner\*innen wird im Fachdiskurs auch die Schwierigkeit der Professionellen benannt, die eigenen Aufgaben und Kompetenzen mit Blick auf den Kinderschutz zu beschreiben (vgl. Fegert 2013/2014, S. 4; Ziegenhain et al. 2011, S. 41).

Eine weitere, für den hier interessierenden Zusammenhang bedeutsame Herausforderung interinstitutioneller Kooperation stellt das Faktum dar, dass die Akteur\*innen beider Systeme in unterschiedlicher Weise professionell sozialisiert sind und unterschiedlichen Orientierungen und Deutungen folgen (vgl. Ziegenhain et al. 2011, S. 43; Bode/Turba 2014, S. 282). Dies impliziert ein sich voneinander unterscheidendes Begriffsverständnis, unterschiedliche Denk- und Handlungslogiken und eine heterogen ausgerichtete Praxis im Kinderschutz, was wiederum zu Missverständnissen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit führen kann. Beispielsweise ist das Handeln der Medizin, auch im Kinderschutz, durch Evidenzbasierung geprägt und ihre Diagnostik bezieht sich in der Regel allein auf einen Aspekt im Leben der/des Patient\*in. Das Jugendamt folgt dagegen dem Prinzip der sozialpädagogischen Diagnostik bzw. des sozialpädagogischen Fallverstehens – die Fachkraft im Jugendamt ist auf der Basis ihrer „(...) Wahrnehmungen, Deutungen und Hypothesen (...)“ (Schone 2012b, S. 69) bezogen auf das gesamte Familiensystem tätig. Irrtümer und Suchbewegungen sind somit zentrale Elemente sozialpädagogischer Entscheidungsprozesse (vgl. ebd.). Im Hinblick auf ein bestimmten Begriffen zugrundeliegendes divergentes Verständnis oder Konzept beider Systeme, sei der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ exemplarisch herangezogen. Aus Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe ist diesem Begriff ein prognostischer Charakter inhärent, während in der Medizin bereits die Anzeichen für eine Misshandlung, einen Missbrauch oder eine Vernachlässigung als eine Kindeswohlgefährdung gewertet werden (vgl. Fegert 2013/2014, S. 4). Im Fachdiskurs besteht die Position, dass die „(...) mangelnde konsentrierte Definition des Gegenstandes“ (ebd.) ein basales Problem im Hinblick auf die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Kinderschutz darstellt (vgl. ebd.). In der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigte sich zudem, dass die Professionen über ihre Sprache und die Verwendung bestimmter Begriffe ihren Kompetenzbereich definieren und es als grenzüberschreitend und die Zusammenarbeit hemmend empfinden, wenn sich Kooperationspartner\*innen der eigenen Fachsprache bedienen (Bertsch 2016, S. 59). Demnach sollen die Differenzen in den verschiedenen beruflichen Sprachen aufrechterhalten, aber bewusst gemacht werden (vgl. ebd.). Bertsch und Seckinger (2016) beschreiben, dass unterschiedliche Konzepte bzw. Begriffsverständnisse zwar Herausforderungen für die Zusammenarbeit bedeuten, für die jeweiligen Systeme jedoch funktional sind und