

# Bindungstheorie verstehen – kindliche Kooperation fördern

Dr. med. Gerhard Lorenz  
Anästhesist und Kommunikationstrainer

## Not der Kinder verstehen

Als Anästhesist in Kinderzahnarztpraxen begegnen mir zwei extreme Ausprägungen im kindlichen Verhalten bei der Narkoseeinleitung, die auf eine große (physische und psychische) Not des Kindes hinweisen.

- Das sind die Kinder, die kaum durch ihre Eltern (und die Mitarbeiter\*innen) gehalten werden können, weil sie sich sehr heftig wehren.
- Und es sind die Kinder, die nach anfänglicher Gegenwehr plötzlich „abschalten“ (= dissoziieren) und bewegungslos daliegen.

## „good enough mother“

- genügend gute Mutter oder
- hinreichend gute Mutter

### **Konzept zur Entlastung und Ent-Idealisierung des Mutterbildes**

von Donald **Winnicott** (1896-1971) – britischer Kinderarzt und Psychoanalytiker

Analoge Betrachtungsweise:

- genügend gute Kinderzahnärztin oder
- hinreichend gute Kinderzahnärztin

## Gendergerechte Sprache

- Ich möchte meinen Beitrag für alle Menschen gut hörbar und lesbar machen. Ich habe mich dafür entschieden, auf Gender Gap (Hörer\_in) oder Gender Star (Leser\*in) zu verzichten.
- Formulierungen, die sich auf Personen beziehen, meinen Frauen, Männer und Personen des dritten Geschlechts (Diverse) gleichermaßen.
- Wenn ich also beispielsweise von Kinderzahnärztinnen spreche, sind Personen aller Geschlechter gemeint, die diese Fachkunde bzw. Qualifikation besitzen.

## Vorbemerkung

- Meine Ausführungen zur Bindungstheorie beziehen sich auf die Verhältnisse in Deutschland (z. B. Kultur, Gesundheitssystem).
- Für ein Drittel der Kleinkinder in Deutschland (deren Eltern einen Migrationshintergrund haben) ist die Bindungstheorie nur eingeschränkt anwendbar.
- Unsere Kultur ist überwiegend **individualistisch** orientiert (der Einzelne zählt) – im Gegensatz zu kollektivistischen Kulturen (die Gruppe zählt).
- **Mutter** steht stellvertretend für die primäre Fürsorgeperson oder Hauptbezugsperson.

## Vorbemerkung

- Ich betrachte die Situation aus der Sicht des Kindes.
- Das Verhalten des Kindes ist aus seiner Sicht sinnvoll.
- Ich will nicht ausdrücken, dass es eine Kinderzahnärztin anders als bisher machen sollte.
- Der Aspekt Wirtschaftlichkeit (der Zahnarztpraxis) spielt bei dieser Betrachtung primär keine Rolle.
- Mein Wunsch ist, dass Sie das Konzept „Bindungstheorie“ auf sich wirken lassen, um Anregungen für die eigene Tätigkeit zu bekommen.
- Unterstützungsangebote für Familien mit kleinen Kindern finden Sie unter [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

## Bindung in der Bindungstheorie

Bindung ist die innere Verbundenheit – zwischen Kind und Bezugsperson.

Sie kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden:

- **Attachment**
  - Bindung des Kindes an die Eltern
  - Sicherheitssystem des Kindes
- **Bonding**
  - Bindung der Eltern an das Kind
  - Pflegesystem für das Kind

## Bindung in der Bindungstheorie

Bindung ist die innere Verbundenheit – zwischen Kind und Bezugsperson.

Sie kann aus zwei Perspektiven betrachtet werden:

- **Attachment**
  - Bindung des Kindes an die Eltern
  - Sicherheitssystem des Kindes
- **Bonding**
  - Bindung der Eltern an das Kind
  - Pflegesystem für das Kind

## Namen zur Bindungstheorie

- Gründungsvater ist der Psychoanalytiker und Kinderarzt **John Bowlby** (1960er Jahre)
- **Mary Ainsworth**, eine Entwicklungspsychologin und Schülerin Bowlbys, hat die empirische Analyse („Fremde Situation“) entwickelt (1960er Jahre)
- **Mary Main**, eine Entwicklungspsychologin definierte in den 1980er Jahren die vierte Kategorie (Desorganisation) und entwickelte das Adult Attachment Interview (AAI)

## Bindung und Bindungsentwicklung

- Bindungsverhalten (des Kindes) ist angeboren.
- Bindung ist für das Leben so grundlegend wie Luft zum Atmen und Ernährung.
- Bindungsverhalten zielt darauf ab, die Nähe einer Bezugsperson zu suchen, um dort Sicherheit zu finden, und die Bezugsperson zur Unterstützung aufzufordern.
- Die Bindung zu den Eltern geht ein Kind bedingungslos ein – **instinktiv**.
- Die meisten Kinder entwickeln in den ersten neun Lebensmonaten Bindungen gegenüber Personen, die sich **dauerhaft** um sie kümmern.
- Die Realerfahrungen mit diesen Personen führen zu unterschiedlichen Bindungs-Qualitäten.

## Bindung und Bindungsentwicklung

- Stress (Müdigkeit, Angst, Hunger, Durst, Lärm, Schmerz, Kälte etc.) aktiviert das Bindungssystem.
- Erregung wird durch eine Bezugsperson gemindert (körperliche Anwesenheit, Nähe, liebevoller Körperkontakt, Interaktion).
- Das Kind bindet sich nicht nur an die Bezugsperson, die es versorgt, sondern auch an andere Personen, die mit ihm spielen und interagieren.
- Eine Bindung des Kindes an die Hauptbezugsperson findet immer statt – unabhängig von der Fürsorgequalität dieser Person (auch bei Misshandlung und Vernachlässigung).

## Bindung und Exploration

- Exploration ist ein weiteres angeborenes Verhaltenssystem.
- Das Explorationsverhaltenssystem bietet die Grundlage für die Erkundung der Umwelt.
- Exploration hilft dem Kind nach und nach, sich in seiner Umwelt zurechtzufinden.
- Explorationsverhalten ist die verhaltensbiologische Grundlage von Lernen.
- Ohne Stress will das Kind explorieren.



## Bindung und Exploration

- Bindung und Exploration verhalten sich komplementär zueinander – wie eine „Wippe“.
- Wenn das Bindungssystem aktiviert ist (Stress), wird das Explorationssystem abgeschaltet.
- Kinder brauchen die Mutter zur Stressregulation. Je kleiner die Kinder sind, um so wichtiger ist die Mutter zur (Gefühls-) Regulation des Kindes.
- Die Gefühlsregulation durch die Hilfe anderer wird **Koregulation** genannt (im Unterschied zur Selbstregulation).

## Bindungs-Explorations-“Wippe“

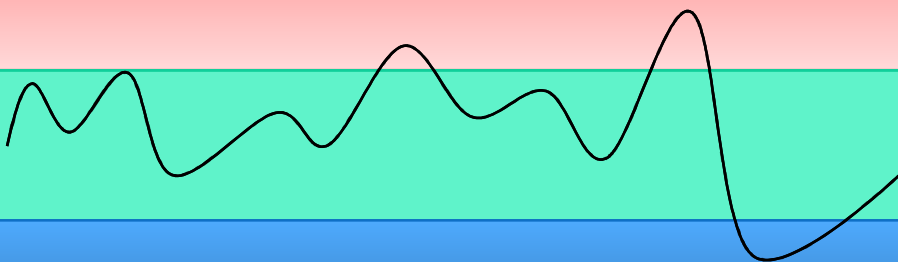
### Kindliches Erleben

### Bedürfnis / Verhalten

- |                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| • Kind ist zufrieden |  | • Exploration (Umwelt erkunden)         |
| • Kind ist gestresst |  | • Bindung (Trost und Sicherheit suchen) |

## Stress-Toleranz-Fenster

Übererregung: Panik, Angst, Wut,  
Aggression, Angriff, Dissoziation



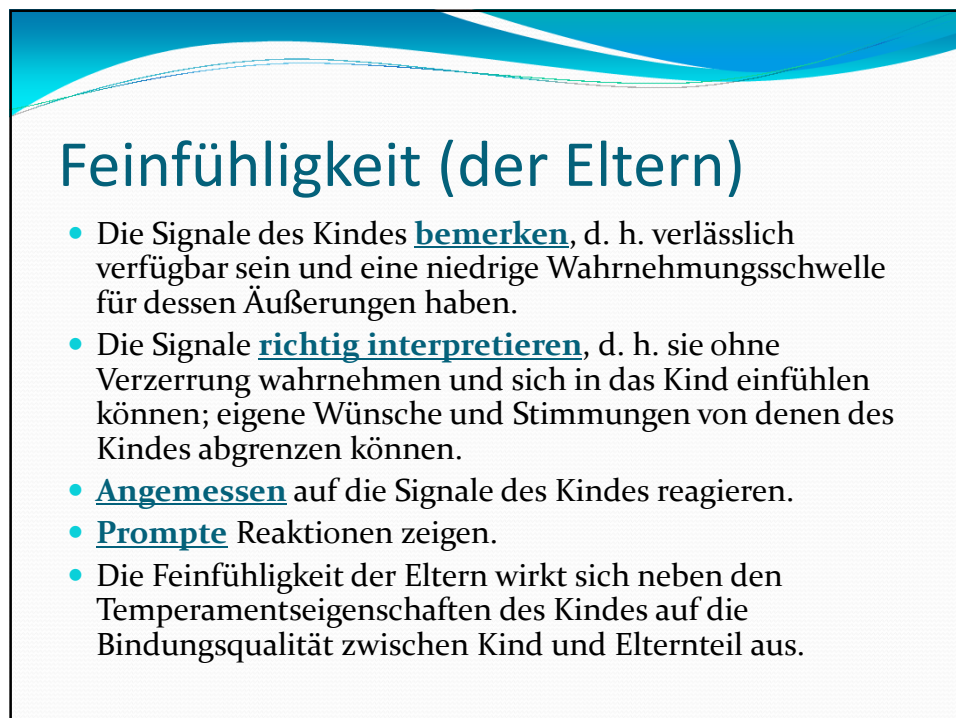
Untererregung: Abschalten, Kollaps,  
Erschlaffung, Dissoziation

## Der Kreis der Sicherheit

Eltern kümmern sich um die Bedürfnisse ihres Kindes,  
indem sie ...

- **immer** größer, stärker, weiser und gütig sind,
- **wenn möglich** dem Bedürfnis des Kindes folgen,
- **wenn nötig** die Führung übernehmen!





## „Innere Arbeitsmodelle“

- Die Bindungserfahrungen führen zu so genannten „Inneren Arbeitsmodellen“ oder Bindungskonzepten, die häufig lebenslang prägend sind.
- Diese Arbeitsmodelle sind Teil des prozeduralen Gedächtnisses und arbeiten nicht-bewusst.
- Antworten auf: „Wie funktioniert die Welt!“
- Das Verhalten der Bezugsperson wird vorhersehbar.
- Erwartungen an die Umwelt (Grundhaltung zur Welt)
- Konzeptualisierungen von Interaktionen

## „Innere Arbeitsmodelle“

Beispiele für Arbeitsmodelle ...

- bei **feinfühlig**en Eltern:
  - **Selbst:** „Ich bin der Aufmerksamkeit und Liebe würdig.“
  - **Andere:** „Meine Bindungsperson ist feinfühlig, liebevoll und zuverlässig.“
- bei **nicht-feinfühlig**en Eltern:
  - **Selbst:** „Ich bin unwirksam und nicht lebenswürdig.“
  - **Andere:** „Die Welt ist ein gefährlicher Ort, an dem Menschen mit großer Vorsicht behandelt werden müssen.“

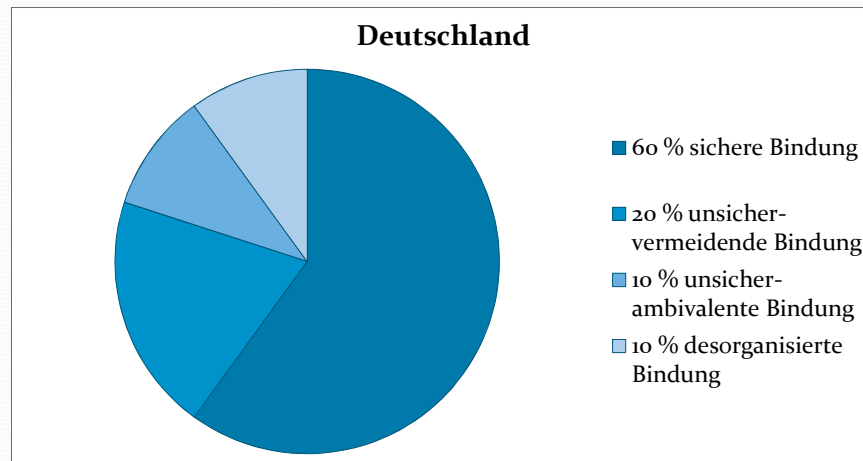
## Die sog. „Fremde Situation“

- Die Fremde Situation ist ein standardisierter Ablauf von Episoden zur Erfassung der Bindungsqualität.
- Kinder sind zwischen 10 und 18 Monate alt.
- 8 Episoden, jede ist maximal 3 Minuten lang.
- Durch Fremdheit und Trennung wird das Kind gestresst und das Bindungssystem aktiviert.
- Die Reaktion des Kindes bei Trennung und insbesondere bei der Rückkehr der Mutter zeigen das Bindungsmuster.

## Vier Bindungstypen

- Sichere Bindung
- Unsicher-vermeidende Bindung
- Unsicher-ambivalente Bindung
- Desorganisierte Bindung

## Häufigkeiten der Bindungstypen



## „Innere Arbeitsmodelle“

- **Sicher:** **positives** Bild von anderen und **positives** Selbstbild (A+ / S+)
- **U.-vermeidend:** **negatives** Bild von anderen und **positives** Selbstbild (A- / S+)
- **U.-ambivalent** (ängstlich): **positives** Bild von anderen und **negatives** Selbstbild (A+ / S-)
- **Desorganisiert** (ängstlich-vermeidend): **negatives** Bild von anderen und **negatives** Selbstbild (A- / S-)

## Sicher gebundene Kinder ...

- ... zeigen in der Wiedervereinigung ihre Freude, krabbeln auf die Mutter zu, wollen von ihr hochgenommen werden und beruhigen sich schnell
- ... haben Balance von Bindungs- und Explorationsverhalten
- ... zeigen ihre Emotionen offen
- ... artikulieren in der Trennungssituation ihre Angst und Trauer deutlich, weinen, schreien, versuchen der Mutter zu folgen
- ... nutzen die Anwesenheit der Mutter als sichere Basis, von der aus sie die Umgebung explorieren und mit der Fremden interagieren
- ... haben ein Urvertrauen

## Sicher gebundene Kinder ...

- mehr Glücksmomente
- weniger Wut auf Eltern
- Eltern um Hilfe bitten
- Probleme selbst lösen
- mit Freunden besser auskommen
- starke Freundschaften
- Konflikte lösen können
- Probleme sind lösbar
- bessere Beziehungen zu Geschwistern
- stärkeres Selbstwertgefühl
- Vertrauen auf gute Erfahrungen
- Vertrauen in geliebte Menschen
- freundlicher Umgang mit anderen

## Unsicher-vermeidende Kinder...

- ... lässt die Trennung von der Mutter scheinbar unbeeindruckt
- ... ignorieren ihre Mutter bei der Rückkehr
- ... ziehen die Fremde gegenüber der Mutter vor
- ... zeigen überwiegend Explorationsverhalten
- ... zeigen ihre Emotionen nicht offen, sondern vermeiden jeden Ausdruck von Bindungsverhalten
- ... haben ihre Emotionen überreguliert, d. h. Emotionen sind unterdrückt und werden nicht gezeigt
- ... sind dauerhaft gestresst (Cortisol erhöht)
- ... haben schlechte Möglichkeiten zur Koregulation

## Bindungsvermeidungsfamilien

- Kind entwickelt kein Vertrauen, dass die Mutter zur Verfügung steht und hilft, wenn es in Not ist.
- Wenn das Kind in Not ist, wird es zurückgestoßen oder offen abgelehnt (feindseliges Klima) – „Stell dich nicht so an“, „Nimm dich mal zusammen“.
- Unterdrückung aller eigenen Affekte (Deaktivierung)
- „Scheinbare“ Selbstgenügsamkeit (des Kindes)
- Als Erwachsene haben sie eher keine stabilen emotionalen Bindungen.

## Unsicher-ambivalente Kinder ...

- ... scheinen vom Trennungsschmerz überwältigt zu sein
- ... interagieren kaum mit der Fremden
- ... klammern sich in der Wiedervereinigung an die Mutter, können sich aber nicht beruhigen
- ... wirken hin- und hergerissen von ihrem Bedürfnis nach Nähe zur Mutter und gleichzeitigem Ärger auf die Mutter
- ... zeigen überwiegend Bindungsverhalten, wobei Ärger die dominante Emotion ist
- ... haben ihre Gefühle unterreguliert, d. h. die Gefühle werden nicht reguliert und unkontrolliert gezeigt (Drama)

## Angst-Bindungsfamilien

- Kind ist unsicher, ob seine Mutter real oder emotional verfügbar ist.
- Ausfall der mütterlichen Reaktionsfähigkeit durch organische oder psychische Erkrankungen (z. B. Depression)
- Familienklima traurig-ängstlich bis hilflos
- Ängstlicher Gehorsam (Hyperaktivierung) mit Aussparung eigener Affekte und Bedürfnisse
- Anklammerndes und erkundungsvermeidendes Verhalten (des Kindes)

## Desorganisiert gebundene Kinder ...

- ... zeigen bizarre, stereotype Verhaltensweisen
- ... scheinen keine kohärente Bindungsstrategie aufgebaut zu haben, die ihnen die Stressbewältigung (bei Trennung und Wiedervereinigung) ermöglichen würde
- ... verhalten sich während der Trennung ähnlich wie organisiert gebundene Kinder (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent)
- ... zeigen Angst vor der Bindungsperson

## Desorganisation als Risiko

- Kinder mit desorganisierter Bindungsrepräsentation erleben ihre Bezugspersonen zum einen als Quelle der Angst, die ihr Bindungssystem aktiviert.
- Zum anderen sind sie aber zur Deaktivierung des Bindungssystems gerade auf diese Bezugspersonen angewiesen – und an sie gebunden.
- Desorganisation in der Bindung ist ein „Risikofaktor“ für psychische Störungen (beim Kind und später beim Erwachsenen).



## Natur versus Umwelt

- Eltern sind ursächlich daran beteiligt, wie sich ihre Kinder entwickeln (z. B. durch ihre Einstellungen und ihr Verhalten).
- Störungen können auch durch kindliche Merkmale beeinflusst werden (biologische Gegebenheiten, kindliches Temperament).
- Am häufigsten ist es eine Vernetzung dieser Aspekte.
- Die Beziehung ist der Bereich, in dem sich Dysregulationen abspielen. Hier werden sie am ehesten sichtbar.

## Bindung ist prägend

- ... für die Entwicklung von Interaktionsmustern, Stressbewältigungsfähigkeiten und Emotionsregulation.
- Im sog. Adult Attachment Interview (AAI) lassen sich bei Erwachsenen ebenfalls Bindungstypen unterscheiden.
- Bindungskonzepte sind grundsätzlich veränderbar, z. B. durch Psychotherapie.
- Auch noch im Erwachsenenalter können bindungsrelevante Erfahrungen das Bindungskonzept verändern.
- Voraussetzung sind bindungskorrigierende Erfahrungen mit Menschen, die als Bindungspersonen fungieren.

## Wie lernt ein Kind, sich zu regulieren?

- Ein wichtiges Ziel in der Sozialisation eines Menschen in unserer Kultur ist die Selbstregulation.
- Die Person sollte in der Lage sein, eigenes Verhalten im Hinblick auf selbst gesetzte Ziele und Anforderungen von außen zu steuern.
- Je kleiner ein Kind ist, desto mehr braucht es eine Fürsorgeperson, um seine Emotionen zu regulieren. Das Kind erfährt eine Koregulation.
- Durch diese Unterstützung der Koregulation entsteht nach und nach die Fähigkeit der Selbstregulation.

## Kooperation und Selbstregulation

- Kooperationswille (als Motiv) ist bei Kindern häufig vorhanden. Sie sind neugierig und wollen primär (d. h. ohne unangenehme Vorerfahrungen) mitmachen.
- Die Möglichkeiten sich zu regulieren, wenn Stress entsteht (Schmerz, Missempfindung, Geräusche), sind bei Kindern stark eingeschränkt.
- In der Zahnarztpraxis: Wenn auch eine Koregulation scheitert, weil die Eltern möglicherweise kein „sicherer Hafen“ sind, kann die Behandlung scheitern. Oder die fehlende Selbstregulation muss durch schützende Gewalt (z. B. Festhalten bei der Narkoseeinleitung) ersetzt werden – als die am wenigsten schlechte Lösung.

## Kooperation und Selbstregulation

- Mit der Reifung des kindlichen Nervensystems nehmen die Möglichkeiten der Selbstregulation zu.
- Kinder wollen die Situation kontrollieren können.
- Vertrauen entsteht durch überwiegend feinfühlig und positive Erfahrungen.
- Wenn das Kind die unangenehmen Gefühle nicht mehr aushalten kann und droht, davon überwältigt zu werden, sollte eine Pause eingelegt werden.

## Soziale Bezugnahme

- Besonders jüngere Kinder rückversichern sich in verunsichernden Situationen durch einen Blick zur anwesenden Bezugsperson, ob das, was sie tun oder was gerade passiert „in Ordnung“ ist. Sie orientieren sich dann am emotionalen Ausdrucksverhalten der Bezugsperson und passen ihr eigenes Verhalten an.
- Wenn nun die Bezugsperson in der Behandlungssituation beim Kinderzahnarzt selbst Angst hat, spiegelt sie diese Angst ihrem Kind zurück.
- Der Angstpegel des Kindes wird eher ansteigen und die Kooperationsfähigkeit sinken.

## Traumatisierung bei (zahn-)ärztlichen Maßnahmen?

- Die meisten Kinder und Jugendlichen können Belastungen, die durch ärztliche oder zahnärztliche Maßnahmen verursacht werden, aufgrund der Plastizität des menschlichen Gehirns und der Resilienz des Organismus überwinden.
- Manche Kinder und Jugendliche können nach solchen Maßnahmen kurz-, mittel- und langfristig beeinträchtigt sein. Die Belastungssituation wirkt hier oft als Verstärker bereits zuvor bestehender Ungleichheiten und Entwicklungsrisiken.

## Traumatisierung bei (zahn-)ärztlichen Maßnahmen?

- Wenn es zu einer psychischen „Traumatisierung“ durch (zahn-)ärztliche Maßnahmen kommt, ist dies nicht gleichbedeutend mit fehlerhafter Behandlung.
- Wichtig: „Anerkennen“ einer diesbezüglichen Information der Eltern (im Sinne von anhören ohne abzuwehren) und eine Empfehlung aussprechen, bei fortbestehenden Beschwerden zur Kinderärztin zu gehen und dort eine Vorstellung bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin anzusprechen.

## Inspirationen für die „Praxis“

- Das Gesamtsystem „Kind – Mutter“ im Blick haben.
- Die grundlegenden Reaktionsmuster zeigen sich im gestressten Zustand – beim Kind, bei den Eltern, bei der Kinderzahnärztin, beim Personal ... und beim Anästhesisten.
- Ein Kind mit umfangreicher Karies zeigt an, dass die Familie unterstützungsbedürftig ist: Stichwort „dentale Vernachlässigung“

## Validieren versus „Loben“

- Kinder brauchen Referenzwerte, weil für sie viele Situationen neu sind.
- Kinder wollen es (prinzipiell) gut machen, so gut, wie sie gerade können.
- Vom zahnärztlichen Personal: „Das hat mir sehr geholfen“ versus „das hast du gut gemacht“.
- Ein schweigendes Aushalten des gestressten Kindes und (nach Abklingen des Affektes) ein mitfühlendes „das war bestimmt unangenehm“ (o. ä.) ist besser als Schimpfen und Loben.

## Kind in der Zahnarztpraxis

- Kind braucht Vertrauen - durch überwiegend feinfühlig und positive Erfahrungen mit dem Personal.
- Beziehungsangebote der Betreuenden (z. B. Kinderzahnärztin oder Mitarbeiterin) sollten daher sicher, verlässlich, feinfühlig und empathisch sein.
- Kinder wollen ihre Situationen kontrollieren können.
- Wenn sie von unangenehmen Gefühlen drohen überwältigt zu werden, sollte eine Pause eingelegt werden.
- Die Mutter hat möglicherweise eigene unangenehme Zahnerfahrungen, die nicht integriert sind, - und kann dadurch Angst und Panik entstehen lassen.
- Zusätzlich zur aktuellen Situation können implizite Erinnerungen bei der Reaktion eine Rolle spielen (traumatische Vorerfahrung).

## Kind in der Zahnarztpraxis

- Während der Behandlungssitzung ist das Kind nicht mehr kooperativ.
- Fragen wie "Was ist denn los?", oder: "Warum machst du nicht mit?", werden Kinder eher nicht beantworten können. Ihre Reaktion ist der Kognition nicht zugänglich, d. h. sie können sie nicht erläutern.
- Eine feinfühlig und validierende Reaktion hilft eher, den Stress zu reduzieren.
- Abhängig vom Emotionsausdruck (Angst, Überraschung, Schmerz, Ärger) nachfragen:
- „Hast du dich erschrocken, weil plötzlich viel Wasser kam?“
- „Hattest du Angst, es könnte gleich (noch mehr) weh tun?“
- „War das unangenehm?“

## Verhalten des Personals

- **Aushalten** von unangenehmen Reaktionen des Kindes (Schreien, Weinen), ohne das Kind zu beschimpfen, abzuwerten oder zu demütigen
- Gleichzeitig auch auf **Grenzen** und deren Einhaltung achten (keine Beschädigung der Einrichtung, keine körperliche Gewalt des Kindes gegenüber dem Personal)
- **Feinfühliges** Eingehen auf das Kind
- **Freundlich** sein
- **Validieren** ja, Loben nein
- Keine „Belohnungen“ versprechen (extrinsische Motivation)

## Take-Home-Message

- **Perspektive des Kindes einnehmen können**
- Mehr Klarheit über Behandlungs-Möglichkeiten und -Grenzen bei schwierigen Situationen – auch um diese Möglichkeiten gegenüber den Eltern zu vertreten
- Entlastung für die eigene Psyche und mehr Zufriedenheit bei Ihrer Arbeit durch ein besseres Verständnis der Kinder und ihrer Interaktionen
- Den Eltern Hilfen und Informationen anbieten (Frühe Hilfen etc.) – z. B. bei Verdacht auf Vernachlässigung.

## Kontakt

- [dr.gerhard.lorenz@gmail.com](mailto:dr.gerhard.lorenz@gmail.com)
- Meinen Vortrag, ergänzt mit Ergänzungen zu Kinderschutz und Frühen Hilfen können Sie hier downloaden: [www.kinder-narkose.de/Regensburg](http://www.kinder-narkose.de/Regensburg)
- Ebenso werden dort nach einigen Tagen meine Antworten auf Ihre Fragen zu finden sein.

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

Und noch etwas Zeit für Fragen ...



## Literaturverzeichnis

- Brisch, Karl Heinz (2018): Kindergartenalter. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Bindungspsychotherapie).
- Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus E. (2017): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keller, Heidi (Hg.) (2011): Handbuch der Kleinkindforschung. 4., vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Kürner, Peter (Hg.) (1994): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung und Armut in Deutschland. Unter Mitarbeit von Renate Barth. Köln: PapyRossa-Verl. (38).
- Pfeifer, Ann-Christin; Neubauer, E.; Amelung, D.; Schiltewolf, Marcus (2016): Bindungsverhalten und Schmerz. Bindungsorientierte Therapieansätze bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. In: *Ärztliche Psychotherapie* 11 (2), S. 69-74.
- Powell, Bert (2015): Der Kreis der Sicherheit. Die klinische Nutzung der Bindungstheorie. 1. Aufl. Lichtenau: Probst.

## Kindeswohlgefährdung

- Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) wurde am 10.06.2021 geändert:
- Aus dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG):
- § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „Ärztinnen oder Ärzten,“ die Wörter „Zahnärztinnen oder Zahnärzten“ eingefügt.
- KKG – § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

## Medizinische Kinderschutzhotline

- Annonce im aktuellen Ärzteblatt Baden-Württemberg (09 /2021)
- Angebot auch für Zahnärztinnen und ZMFA
- Bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, **Vernachlässigung** und sexuellen Kindesmissbrauch.



## KKG § 4

- **Absatz 1:**

Werden

1.  
 Ärztinnen oder Ärzten, **Zahnärztinnen oder Zahnärzten**, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

...  
 in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die **Situation erörtern** und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die **Inanspruchnahme von Hilfen** hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

## KKG § 4

- **Absatz 2:**

Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf **Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft**. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

## KKG § 4

- **Absatz 3:**

Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie **befugt, das Jugendamt zu informieren**; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die **in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen** mit der Maßgabe, dass diese **unverzüglich** das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine **dringende Gefahr** für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

## Frühe Hilfen

- Angebote an (werdende) Familien und ihre Kinder ab der Schwangerschaft bis zum 36. Lebensmonat (also bis zum 3. Geburtstag des Kindes)
- Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern sollen frühzeitig und nachhaltig verbessert werden
- Alltagspraktische Unterstützung
- Förderung der Beziehungs- u. Erziehungskompetenz
- Niedrigschwellig, keine Kosten für die Eltern
- Keine Einschaltung des Jugendamtes
- Angebot des Hausbesuchs (Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern)

## Frühe Hilfen

- Einige Todesfälle nach schwerer Vernachlässigung gaben den Anstoß zur Einrichtung Frühe Hilfen
- Seit 2006 Einrichtung Nationales Zentrum Frühe Hilfen – mit Modellprojekten
- Seit 2012 Frühe Hilfen als Bundesinitiative (Bundeskinderschutzgesetz)
- Seit 2018 Frühe Hilfen als Bundesstiftung
- Bisher kein direkter Einbezug von Kinderzahnärztinnen wohl aber von Kinderärztinnen