



## 1. Grundannahmen über die kindliche Sexualität

- 1.1. Kinder als sexuelle Wesen im Kontext ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung
- 1.2. Verhaltensweisen kindlicher Sexualität in Abgrenzung zu Indikatoren für sexuelle Missbrauchserfahrungen

## 2. Pädagogische Begleitung der Entwicklung kindlicher Sexualität

- 2.1. Anforderungen an die Bezugspersonen
  - 2.1.1. Das zu Grunde gelegte Leitbild der Kinderrechte
  - 2.1.2. Selbst- und Mitbestimmung der Kinder
  - 2.1.3. Die Rolle der Erwachsenen in der Begleitung von Doktorspielen
- 2.2. Regeln für das Doktorspiel
  - 2.2.1. Freiwilligkeit
    - 2.2.1.1. Gleichaltrigkeit
    - 2.2.1.2. Anzahl und Rolle der Beteiligten
    - 2.2.1.3. Initiative
  - 2.2.2. Grenzenachten

## 3. Umgang mit Übergriffen im Doktorspiel

- 3.1. Grundlegendes zur Vorgehensweise und den verwendeten Begrifflichkeiten
- 3.2. Fallführende Fachkraft
- 3.3. Umgang mit den Kindern
  - 3.3.2. Umgang mit dem betroffenen Kind
  - 3.3.3. Umgang mit dem übergriffigen Kind
  - 3.3.4. Pädagogische Maßnahme
- 3.4. Umgang mit den Eltern, der involvierten Kinder
- 3.5. Umgang im restlichen Kinderhaus
  - 3.5.1. Kinderteam
  - 3.5.2. Umgang mit der restlichen Elternschaft in der Gruppe
  - 3.5.3. Großer Elternabend

## 4. Prävention von sexuellen Missbrauch

- 4.1. Durch die Verantwortung der Erwachsenen
- 4.2. Durch die Arbeit mit den Kindern
  - 4.2.1. Die Grundhaltung der Bezugspersonen
  - 4.2.2. Die Beziehungsarbeit und das gruppenübergreifendes Konzept
  - 4.2.3. Die Art der Kommunikation und des Umgangs mit einander
  - 4.2.4. Das Kinderteam
  - 4.2.5. Die Kinderbefragung
  - 4.2.6. Die Nachbereitung in Folge eines Übergriffs im Doktorspiel
- 4.3. Durch Maßnahmen zum Schutz vor sexuellem Missbrauch
  - 4.3.1. in der Institution

4.3.1.1. Die Personalsuche, Neuanstellungen von Personal und Bauernhofmitfahrern

4.3.1.2. Die Betriebsinterne Vereinbarung

4.3.1.3. Der Präventionsbeauftragte des Teams

4.3.1.4. Die Gesprächskultur im pädagogischen Team

4.3.1.5. Die Arbeit des Arbeitgebergremiums

4.3.2. für das einzelne Kind

4.3.3. im familienerweiterten Rahmen des Kinderhauses

## 5. Material zum Thema und dessen Einsatz

5.1. Buchbestand im KH

5.1.1. Liste der Kinderbücher:

5.1.2. Liste der Erwachsenenliteratur:

5.2. nicht geeignetes Material

5.3. Präventionsordner des KH

## 6. Literaturverzeichnis

## 1. Grundannahmen über die kindliche Sexualität

### 1.1. Kinder als sexuelle Wesen im Kontext ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung

Wie von der Forschung schon lange belegt, sind Kinder von Geburt an sexuelle Wesen. (Vgl. Bettina Schuhrke „Sexuelle Entwicklung von Kindern bis zur Pubertät“ in Bange / Körner (Hrsg.) Handwörterbuch Sexueller Missbrauch 2002). Kindliche Sexualität kann autoerotisch oder in Interaktion mit anderen erlebt werden, unterscheidet sich aber grundlegend von adultem Sexualverhalten. Das Kind hat noch keine Hierarchie und Selektion in der Wahrnehmung der Umweltreize entwickelt und so sind sexuelle Stimuli als solche ausschließlich vom individuellen Erleben des Kindes abhängig (als eine positiv besetzte Körperwahrnehmung) und in ihren Inhalten noch völlig beliebig.

Im Gegensatz dazu ist die Erwachsenensexualität eher zielgerichtet, sie existiert in dem Bewusstsein des biologischen Geschlechts, der damit verbundenen oder in Opposition dazu entwickelten Rollenbilder, einem Regelnbewusstsein zur Sexualität oder evt. ihrer Tabuisierung, sowie der Möglichkeit Umweltreize in einen sexuellen Kontext einzuordnen. Diese Konnotationen zu einem körperlichen Zustand werden im Laufe eines Lebens kulturell erworben und bleiben dauerhaft miteinander verknüpft.

Kinder befinden sich in einem Entwicklungsprozess, in dem diese verschiedenen Aspekte erst erforscht und erlernt werden wollen. Was Menschen jedoch von Anfang an besitzen, ist die Fähigkeit zwischen körperlichem Wohlbefinden (was sich auch beim Kind in einer Erektion widerspiegeln kann) und körperlichen Unwohlsein zu unterscheiden. Kinder haben das Recht sowohl in die eine Richtung zu agieren, als sich auch in anderer Richtung abzugrenzen. Reflexhafte sexuelle Reaktionen zeigen Kinder bereits im Mutterleib und in den ersten Monaten nach der Geburt. Hier sind v.a. männliche Erektionen belegt. „Auch Selbstbefriedigung, d.h. Manipulationen, die mit Lust und Erregung, nicht aber unbedingt mit Orgasmen verbunden sind, sind in der frühen Kindheit weit verbreitet.“<sup>1</sup> Dieses Verhalten kann aus Gründen der Steigerung des Wohlbefindens oder des Spannungsabbaus an den Tag gelegt werden. Das Kind ist sich in diesem Verhalten noch nicht bewusst und ausschließlich auf sich selbst bezogen, so dass es auch ohne Schamgefühl in der Öffentlichkeit ein solches zeigen kann.

Kinder im Alter zwischen 1 - 6 Jahren, wie sie unsere Einrichtung besuchen, durchlaufen verschiedene Entwicklungsphasen, in denen die Beschäftigung mit „Sex“ und „Gender“, wie im englischsprachigen Raum das biologische vom sozialen Geschlecht unterschieden wird, und die eigenen Körperprozesse in den Focus geraten.

Im Alter zwischen 1 1/2 und 2 Jahren werden sich Kinder so ihrer Ausscheidungen und deren Kontrolle bewusst. Etwas später mit knapp 2 Jahren widmen sie sich der Erforschung der biologischen Geschlechter und begeben sich auf die Suche nach der eigenen Geschlechtsidentität. „Die Geschlechtsidentität, also das Wissen um die eigene Geschlechtszugehörigkeit, entwickelt sich um das Alter von zwei Jahren und ist spätestens mit vier Jahren gut ausgeprägt.“<sup>2</sup> Der Forscherdrang dieser Entwicklungsphase und das rege Interesse am gegenseitigen Untersuchen hat hier zu Lande den Begriff „Doktorspiel“ geprägt, der in den folgenden Ausführungen als Überbegriff dieser Art motivierter Spiele dient.

---

<sup>1</sup> Schuhrke, Bettina (2002) S. 549

<sup>2</sup> Ebd. S. 551

Kinder zwischen 4 - 6 Jahren beschäftigen sich bereits mit Lebensfragen wie die nach Geburt und Tod oder auch der Fortpflanzung. Die Bezugspersonen greifen von Kinder aufgeworfene Fragen auf. Sie finden im Kinderhaus eine sachliche, sensible und inhaltlich richtige Beantwortung u.a. unter Einsatz geeigneter Medien (Siehe Punkt 5)

#### 1.2. Verhaltensweisen kindlicher Sexualität in Abgrenzung zu Indikatoren für sexuelle Missbrauchserfahrungen

Die Kinder zeigen häufig ein Verhalten der offenen Präsentation des eigenen Genitales und ein Interesse am Geschlecht anderer, evt. auch der Erwachsenen (die zu Schutz der Kinder aufgerufen sind, hier klare Grenzen zwischen der eigenen und der kindlichen Sexualität zu ziehen, aber dazu später mehr unter Punkt 2).

Kindliche Sexualität ist wie bereits erwähnt im Gegensatz zu der Erwachsenensexualität niemals zielgerichtet oder genital dominiert, mitten im Spiel kann eine Unterbrechung stattfinden, um sich völlig anderen Inhalten zuzuwenden. Kinder unterscheiden und bevorzugen in diesem Alter noch nicht verschiedene Körperregionen, sondern beziehen alle gleichberechtigt in ihre Wahrnehmungsspiele mit ein. „Rademakers et al- (2000) ließen Acht und Neunjährige „angenehme“ und „erregende“ Körperteile auf Abbildungen markieren. Der Körperbereich Genitalien - Anus - Hinterteil wurde von den Kindern jedoch unter beiden Begriffen am seltensten markiert.“<sup>3</sup>

Auch sind Erwachsenenpraktiken - wie zielgerichtete Penetration (oral, genital, anal) - Kindern erst mal nicht bekannt und werden ohne „Wissenshintergrund“, wie die neuere Forschung zeigt, von diesen sehr selten bis nie ausprobiert. „Bis zum Alter von sieben Jahren haben Kinder in der Regel noch kein detailliertes Wissen über das Sexualverhalten der Erwachsenen (Volbert, 2000) bringen die Genitalien aber mit Schwangerschaft und Geburt in Verbindung.“<sup>4</sup>

Und:

„Schwere Formen sexuellen Missbrauchs durch erwachsene Familienangehörige stellen einen extremen Reiz für das kindliche sexuelle Reaktionspotenzial dar. Gerade wenn der Missbrauch in sehr frühem Alter passiert, haben Kinder später oft Schwierigkeiten, im Sinne kultureller Normen kontextangemessen mit sexuellen und nicht sexuellen Formen von Nähe und Körperkontakt zu reagieren.“<sup>5</sup>

Zusammengefasst heißt dies, dass Kinder, die einen Missbrauch erlitten haben, eher konkrete Erwachsenenpraktiken in ihrem Doktorspiel einbeziehen, sich in ihrem Spiel auf die Genitalien fixieren, und sich schwer tun zwischen sexuellen und nicht sexuellen Formen des Kontakts zu unterscheiden. Wie Erwachsene, denen ein solches Verhalten auffällt, richtig reagieren, ist unter den Punkten, 3.2. Fallführende Fachkraft, 4.2.6. Die Nachbereitung in Folge eines Übergriffs im Doktorspiel, 4.3.1.3. Präventionsbeauftragter des Teams

Da Körperöffnungen und die Frage wohin diese führen, jedoch für Kinder im Kindergartenalter, durchaus interessant werden können, ist es sinnvoll Verhaltensregeln zum Umgang mit ihnen aufzustellen. Dazu aber mehr unter Punkt 2.2..

Beziehen Kinder das durch Aufklärungsbücher oder -gespräche erworbene Wissen in ihre Spiele ein, legen sie sich erfahrungsgemäß ohne sexuelle Erregung aufeinander und ahmen den rein „technischen“ Vorgang nach. (Oftmals verbunden mit großer Heiterkeit). Im

---

<sup>3</sup> Schuhrke, Bettina (2002), S.: 552

<sup>4</sup> Ebd. S. 552, bezogen auf die Studie: Volbert, R. (1997), S. 385 - 398

<sup>5</sup> Ebd. S. 553

tatsächlichen Doktorspiel ist neben dem „Schau- und Zeigetrieb“ und der gegenseitigen Untersuchung, häufig der Austausch von Berührungen zu beobachten, wie beispielsweise das Streicheln verschiedener Körperregionen, die auf den ersten Blick nicht unbedingt aus Erwachsenenperspektive eine sexuelle Bedeutung besitzen müssen.

Wie der Umgang mit „Sex“ und „Gender“, ist auch das Schamgefühl ein erlerntes und somit kulturell geprägtes Verhalten. Es zeigt sich häufig bei Kindern ab 6 Jahren, aber ist durchaus schon ab einem Alter von drei bis vier möglich. Dem Schamgefühl der Kinder ist im Kinderhaus respektvoll zu begegnen und im Verhalten Rechnung zu tragen. Andererseits sollte ihnen im geschützten Rahmen ihrer Lebenswelt erlaubt sein, sich zu entkleiden und frei zu bewegen. Es ist die Aufgabe des Erwachsenen, die Kinder adäquat zu begleiten und ihnen Verhaltensregeln an die Hand zu geben, die eine gesunde und geschützte Entwicklung befördern. Seine Rolle wird im folgenden Punkt dieses sexualpädagogischen Konzepts näher erläutert.

## 2. Pädagogische Begleitung der Entwicklung kindlicher Sexualität

### 2.1. Anforderungen an die Bezugspersonen

#### 2.1.1. Das zu Grunde gelegte Leitbild der Kinderrechte

Grundlage für das pädagogische Handeln der in unserer Einrichtung wirkenden Erwachsenen ist das im Kinderhauskonzept beschriebene Leitbild der Kinderrechte:

„Das Kinderhaus als lebendiger Ort des Aufwachsens und der Begegnung, Gemeinschaft und Familienerweiterung

„Ich bin verantwortlich für den heutigen Tag meines Zöglings, ... dieser heutige Tag soll heiter sein, voll froher Anstrengungen, kindlich, sorglos ohne Verpflichtungen, die über das Alter und die Kräfte hinausgehen.“ (Korczak, 1978, S. 60, in Siegfried Stoll, S. 73)

Dies wird von folgenden Säulen im Kinderhaus getragen:

### **Gemeinschaft**

Das Kinderhaus ist ein wichtiger Bestandteil des Familienlebens. Auch außerhalb der Öffnungszeiten bietet das Kinderhaus einen Raum für Austausch als Erweiterung der Familie. Das Alters- und Gruppenübergreifende Konzept ermöglicht einen offenen Umgang zwischen Jung und Alt.

### **Partizipation & Solidarität**

„Das Ziel einer Erziehung zur Solidarität verweist darauf, dass wir nicht allein auf der Welt sind, sondern gemeinsam mit anderen leben.“ (Zimmer in: Handbuch zum Situationsansatz, Weinheim, Basel 2000, S.14)

Kinder sind eigenständige, soziale Wesen und bekommen hier die Möglichkeit unter Mitbestimmung der eigenen Belange aufzuwachsen. Die Kinder lernen die Bedürfnisse und Grenzen anderer wahrzunehmen und zu achten, ohne sich selbst dabei unterzuordnen. Dabei werden sie auf ihrem Weg begleitet, Konflikte mit anderen auszutragen und durch Auseinandersetzung und Klärung gemeinsam zu einer Lösung zu gelangen. Die

betreuenden Erwachsenen verpflichten sich die Grenzen und Bedürfnisse der Kinder, sowie deren Recht auf Partizipation im täglichen Umgang zu achten.

### **Eigenständigkeit & Selbstbewusstsein**

Die Kinder probieren sich selber nach ihren Bedürfnissen aus und lernen so ihre eigenen Stärken und Schwächen kennen. Sie erfahren die nötige Freiheit sich individuell und selbstbestimmt zu entwickeln. Außerdem lernen sie ihre Interessen zu äußern und umzusetzen wodurch sie ernst genommen und unterstützt werden. Es ist Aufgabe der Betreuer den Kindern die nötige Aufmerksamkeit, Hilfestellung und Raum zu geben, damit diese wie oben beschrieben ihre Eigenständigkeit und ihr Selbstbewusstsein entwickeln können.

### **Geborgenheit & Unversehrtheit**

Das Kinderhaus wird als zweites Zu Hause geschätzt und ermöglicht somit den Kindern einen geschützten Rahmen, in dem sie sich frei und ohne Ängste entfalten können. Auf diesem Weg werden sie in ihrem Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten bestärkt und auch begleitet. Unsere Mitarbeiter und Eltern verpflichten sich, für das Recht der Kinder auf Geborgenheit sowie körperliche und seelische Unversehrtheit einzutreten.“

#### 2.1.2. Selbst- und Mitbestimmung der Kinder

Ganz allgemein bestimmen schon die Krippenkinder unserer Einrichtung die Wahl ihrer Aktivitäten in der Tagesgestaltung selbst. Für die gesamte Kindergruppe sind nur Essens- und Aufräumzeiten, die Schlafenszeiten der Krippenkinder oder geplante Gemeinschaftsaktionen wie Ausflüge und Spaziergänge obligatorisch. Für letztere gilt eine Verbindlichkeit nur insofern keine andere Gruppe die Betreuung im Kinderhaus übernehmen kann. Kinder die ohne Mittagsschlaf zurecht kommen, dürfen (evt. nach einer kurzen Ausruhzzeit) wieder aufstehen. Die angestellten Bezugspersonen begleiten und unterstützen die Kinder situativ in ihren Lernprozessen. Die von Erwachsenen gemachten Angebote sind niemals verpflichtend, sondern dienen lediglich der Anregung und stehen zur freien Auswahl.

Die individuelle Freiheit in der Selbstbestimmung endet, wenn das Gemeinwohl oder die Grenzen eines anderen beschnitten werden. (So ist beispielsweise Klavierspielen während der Essenszeiten im Kigazimmer nicht möglich, um die dort Speisenden nicht zu stören.) Der Erwachsene ist dafür verantwortlich den Schutz des Kindes zu gewährleisten, die Selbstbestimmung des Kindes endet in der Regel dort, wo eine Gefahrensituation beginnt, die es noch nicht selbst erkennen oder meistern kann.

In sexualkonzeptioneller Hinsicht ist die Selbst- bzw. Mitbestimmung der Kinder über ihren eigenen Körper von besonderer Bedeutung: „So wird ein Kind, dessen Wünsche nicht gehört und berücksichtigt werden oder dessen Wahrnehmungen nicht ernst genommen werden, sich in späteren Jahren schwerer damit tun, Bedürfnisse zu äußern, als solche Kinder, die erfahren haben, dass sie ein Recht darauf haben, Ja und Nein zu sagen.“<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Philipps, Ina-Maria, S.32

Im Kinderhaus bedeutet dies, zu akzeptieren ob ein Kind berührt, auf den Arm / an der Hand genommen oder gekuschelt werden will oder nicht. Das „Nein“ des Kindes ist zu achten. Deshalb „...ist es...“ für die betreuenden Erwachsenen „...wichtig, seinen Wunsch zu achten und das eigene Bedürfnis nach Nähe zurück zu stellen.“<sup>7</sup>

Auch in anderen Zusammenhängen räumen wir den Kindern Selbstbestimmungsrechte ein. Zum Beispiel in der Menge und Auswahl der Speisen auf ihren Tellern. Kinder werden dazu angehalten, sich nicht zu viel auf einmal zu nehmen, Probierkleckse sind Bestandteil mittäglicher Kompromisse, aber kein Kind wird dazu gezwungen, oder genötigt seine Portion aufzuessen, auch hier wird die Körpergrenze des Kindes geachtet.

Die im Kinderhaus betreuten Kinder bestimmen mit, wer sie wickeln oder waschen darf und wer nicht. Es könnten hier Interessenskonflikte der Bezugspersonen entstehen, die die Grenze des Kindes achten, aber auch ihrer Fürsorgepflicht nachkommen müssen. Durch die gemeinsame Suche nach einem Kompromiss und einem vom Kind bestimmten Erwachsenen, der die Pflegehandlung übernimmt, sollen diese ausgeräumt werden. Das jeweilige Kind bestimmt das Tempo in der Windelentwöhnung mit. Die Erwachsenen reflektieren ihre Einflussnahme und vermeiden jegliche Druckausübung zur Beschleunigung dieses Prozesses.

Die Kinder bestimmen über ihre Bekleidung bzw. ihr Nacktsein mit. Dies begründet sich nicht nur aus ihrem Recht auf Selbstbestimmung, sondern auch aus ihrem Recht auf Erfahrungsräume zur psychosexuellen Entwicklung: „Wie sehen die Freundinnen nackt aus, ist deren Geschlechtsteil genauso geformt wie meins, wie fühlt es sich an - oder auch: Was machen die anderen auf dem Klo? Solche Beobachtungen und Untersuchungen sind für das Kind außerordentlich spannend und werden von ihm meistens ganz selbstverständlich und natürlich erlebt... es sei denn, es weiß bereits durch Reaktionen der Eltern oder Erzieherinnen, dass solche Neugier nicht erwünscht ist. Dann aber werden seine Fragen nicht geringer, sondern nur versteckter, und sind verbunden mit Schuldgefühlen: Das Kind hat das Gefühl, etwas Verbotenes zu tun, ohne zu verstehen, warum“<sup>8</sup>.

Aus Schutzgründen vor Witterung, Kälte, in der Öffentlichkeit, aus eigenem Schamgefühl oder um eine Doktorspielsituation zu beenden, kann das Kind dazu angehalten werden, sich wieder zu bekleiden. Bei all diesen einzelnen Gelegenheiten achtet der Erwachsene darauf seine Aufforderung zu begründen und vergewissert sich, dass bei dem Kind nicht das Gefühl zurückbleibt, etwas falsch gemacht zu haben.

Es ist den Bezugspersonen im Kinderhaus ein wichtiges Anliegen, den anvertrauten Kindern Orientierung über die gesellschaftlichen Werte und Verhaltensnormen zu geben und sie wegen ihres noch nicht entwickelten Schamgefühls vor evt. Übergriffigkeit durch Erwachsene v.a. in der Öffentlichkeit zu schützen. Solche können evt. auch nur in indiskreten Blicken Ausdruck finden. Es wäre aber falsch ausschließlich beim unbedarften Kind anzusetzen, aufdringliches bis übergriffiges Verhalten von Erwachsene Seite gegenüber unseren Kindern wird von deren Betreuern nicht geduldet und Grenzen in ihrem Namen gezogen.

---

<sup>7</sup> Ebd., S.20

<sup>8</sup> Philipps, Ina-Maria, S.20

### 2.1.3. Die Rolle der Erwachsenen in der Begleitung von Doktorspielen

Auch wenn die Betreuung der Kinder im Doktorspiel für manchen Erwachsenen eine fordernde erzieherische Situation bedeuten kann, gilt im Kinderhaus der Grundsatz: „Begleitung und nicht Verhinderung der sexuellen Entwicklung des Kindes“. Fühlt sich der betroffene Erwachsene jedoch überfordert, sollte er sich Hilfe bei den Kollegen bzw. im Elterndienst bei anderen holen. Falls dies nicht möglich ist, hat er das Recht die Situation abubrechen. Allerdings ist es wichtig, dass er den Kindern in diesem Fall die Gründe transparent macht. Diese könnten sein: - Das Doktorspiel überschreitet seine eigenen Grenzen, - verletzt sein Schamgefühl, - es bestehen Unsicherheiten im Umgang, - die Besetzung reicht nicht aus, um die Kinder adäquat zu betreuen... Es ist wichtig, dass der Erwachsene glaubwürdig in der Wahrung seiner Grenzen auftritt, ebenso wichtig ist es aber den Kindern nicht das Gefühl zu vermitteln, mit ihrem Interesse an Doktorspielen etwas Unrechtes zu tun. (vgl. oben)

In der Betreuung einer Doktorspielsituation ist der Erwachsene dafür verantwortlich, durch seine Begleitung den Kindern einen geschützten Rahmen zu bieten. Die dafür in der Einrichtung geltenden Regeln sollten schon vorher im Kinderteam oder als Grundsatzregeln bekannt und geübt sein, jedoch immer in der konkreten Spielsituation in Erinnerung gerufen werden.

Die Kinder sollten nicht allein gelassen werden, sondern um ihre Intimsphäre zu wahren evt. vom Nebenzimmer aus wie folgt betreut werden: Der Betreuer klärt vorab die Statusfrage und die damit verbundene Freiwilligkeit (siehe 2.2 u. folg.), sind diese Grundvoraussetzungen gegeben, kann das Spiel seinen Fortgang nehmen. In diesem nimmt die Bezugsperson / der Elterndienst regelmäßig Kontakt zu den Kindern auf und ermittelt deren Wohlbefinden und die Regelbeachtung beider Spielpartner. So soll sichergestellt werden, dass das Spiel nicht in eine Grenzverletzung mündet.

### 2.2. Regeln für das Doktorspiel

Bei diesen Regeln handelt es sich in den Grundanliegen eigentlich um allgemeine Regeln des sozialen Miteinanders, die in jeder Spielsituation beachtet werden sollten. Auf das Doktorspiel bezogen bedeuten diese konkret:

#### 2.2.1. Freiwilligkeit

Es muss gewährleistet werden, dass die Kinder sich freiwillig und ohne Zwang in eine Doktorspielsituation begeben und das Spiel nicht durch Machtverhältnisse beeinflusst wird.

##### 2.2.1.1. Gleichaltrigkeit

Deshalb achten wir darauf, dass die Kinder gleichaltrig sind. Jüngere Kinder wollen häufig älteren Spielgefährten gerecht werden, sie sind aber in ihrer Entwicklung evt. noch nicht so weit fortgeschritten wie ein älteres Kind, dass somit schnell durch Körpergröße, Status und Erfahrung eine Überlegenheitsposition innehat.

##### 2.2.1.2. Anzahl und Rolle der Beteiligten

Wenn mehrere Kinder miteinander in ein Doktorspiel involviert sind, müssen sich alle Beteiligten in einem symmetrischen Macht- und Rollenverhältnis zueinander befinden. Es ist auf einen sensiblen Umgang bezüglich der Anzahl und der Rolle aller Beteiligten im



Doktorspiel zu achten. So darf eine Gruppe, nicht ein einzelnes Kind zum Experimentier- oder Untersuchungsobjekt erwählen und evt. allein zahlenmäßig Druck aufbauen. Auch passive Kinder sprich „Zuschauer“ eines Spiels können durch ihre Präsenz Druck aufbauen. Sollte so etwas beobachtet werden, findet die Regel „Keine Zuschauer“ Anwendung, damit die Intimsphäre der aktiven Kinder geschützt bleibt.

#### 2.2.1.3. Initiative

Es ist darauf zu achten, dass der Auslöser zum Doktorspiel in keinerlei Nötigung oder Bestechung wurzelt. Versprechungen wie Geburtstagsseinladungen oder Süßigkeiten, um ein Kind zum Spiel zu bewegen, müssen mit den Kindern reflektiert und das Spiel abgebrochen werden.

Ist ein Kind v.a. als Doktorspielpartner beliebt, nimmt ansonsten aber eher eine Außenseiterrolle ein, ist seine Bereitschaft, aber auch die Anfrage zum Doktorspiel kritisch zu hinterfragen, da sich die Beteiligung aus den Wunsch der Integration bzw. dessen Ausnützen spielt und nicht aus einem Interesse am Doktorspiel bzw. mit diesem speziellen Partner.

#### 2.2.2. Grenzen achten

Wenn etwas im Spielverlauf nicht mehr zusagt, ist jedes Kind explizit berechtigt das Spiel abzubrechen oder sein Missfallen zu äußern. Auf das Nein / Spielstopp des Spielpartners ist zu zuhören. Kann ein Kind in der Dynamik nicht verbal äußern, dass ihm das Spiel nicht mehr gefällt, sind die Kinder aufgefordert auch auf Signale der Körpersprache zu achten! Auch jenseits des Doktorspiels gilt die Regel nichts in Körperöffnungen zustecken. Natürlich dürfen die Krippenkinder weiterhin ihre Welt oral erkunden, Kinder im Doktorspielalter sind jedoch bereits fähig dafür andere Sinne als die Mundschleimhaut zu nutzen. Kindern ist diese Regel anhand der berühmten Erbse in der Nase für Körperöffnungen im Gesicht leicht plausibel zu machen. Genauso verhält es sich mit dem Verbot Gegenstände in Körperöffnungen an den Genitalien zu stecken, sowie umgekehrt. Sprich den Penis nicht in Röhren, Flaschen, Münder ect. einzuführen. Diese Abgrenzung zu Praktiken der Erwachsenensexualität trägt auch dem Präventionsgedanken Rechnung.

### 3. Umgang mit Übergriffen im Doktorspiel

#### 3.1. Grundlegendes zur Vorgehensweise und den verwendeten Begrifflichkeiten

Das pädagogische Team setzt den Kindern bei „Fehlverhalten“ klare Grenzen, ohne sie als Person zu verurteilen oder zu stigmatisieren. Die Kinderhausbezugspersonen pflegen einen klaren Umgang mit Grenzverletzungen, auch außerhalb der Begleitung der psychosexuellen Entwicklung. Verstöße gegen die Rechte und Grenzen dritter werden klar thematisiert und Regeln des sozialen Miteinanders in Erinnerung gerufen. Auch Konsequenzen auf der Handlungsebene belegen in Form von transparenten, nachvollziehbaren, pädagogischen Maßnahmen deren Gültigkeit. Sie dienen den Kindern im Erwerb sozialer Kompetenzen als Orientierung.

Da Kinder noch in der Entwicklung ihrer Sexualität begriffen sind, wird im Folgenden nicht von „Opfern“ und „Tätern“ gesprochen, sondern von „betroffenen“ bzw. „übergriffigen“ Kindern.

Übergriffe / Grenzverletzungen unter Kindern im Doktorspiel sind keine sexuellen Übergriffe, wie sie als Straftatbestand im Erwachsenenstrafrecht bezeichnet werden, sondern sollten in Abgrenzung dazu als „Übergriff im Doktorspiel“ bzw. „Grenzverletzung im Doktorspiel“ bezeichnet werden.

### 3.2. Fallführende Fachkraft

Sollte es zu einer Grenzverletzung im Doktorspiel kommen, wird die Bezugsperson zur Fallführenden Fachkraft, die von der Grenzverletzung als erstes Kenntnis erlangt, oder nach Absprache mit diesen Kollegen die Fallführung übernimmt.

Zu ihren Aufgaben gehört es natürlich bei Beobachtung eines Übergriffs im Doktorspiel sofort das Spiel abubrechen und Partei für das betroffene Kind zu nehmen.

Ganz gleich ob die Grenzverletzung in einer betreuten Situation im KH oder erst im Nachhinein durch Gespräche bekannt wurde, reagiert die Bezugsperson, wenn sie davon Kenntnis erlangt, wie folgt:

- Sie informiert die Kollegen:
  - sofort kurz in der konkreten Situation,
  - später ausführlich in der Teambesprechung, bzw. Fallsupervision
- Sie spricht mit dem betroffenen Kind (3.3.2.)
- Sie spricht mit dem übergriffigen Kind (3.3.3.)
- Sie spricht mit den zugehörigen Eltern (3.4.)
- Sie informiert die Elternschaft (3.5.2. und 3.5.3.)
- Sie nimmt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung des übergriffigen Kindes, nach § 8 a SGB VIII gegebenenfalls Kontakt zu einer insoweit erfahrenen Fachkraft (IsoFak) auf. Dort wird der Fall anonym behandelt.
- Sie vermittelt gegebenenfalls auf Weisung der IsoFak, die betroffenen Familien an Beratungsstellen weiter, die von der Schweigepflicht entbunden werden.
- Sie nimmt gegebenenfalls Kontakt zu diesen Beratungsstellen auf, um deren Falleinschätzung zu hören und an die IsoFak rückzumelden.
- Sie gibt gegebenenfalls auf Weisung der IsoFak den Fall an das zuständige Jugendamt weiter
- Sie reicht gegebenenfalls die Dokumentation des Falls an die Fachaufsicht weiter.

Die fallführende Fachkraft dokumentiert den Übergriff im Doktorspiel, dazugehörige Beobachtungen und alle Gespräche, die dazu mit den verschiedenen Parteien geführt worden sind möglichst unmittelbar.

Sie zieht zur Unterstützung den Präventionsbeauftragten des Teams in die Fallkoordination und mit ein (4.3.1.3.). Letzterer informiert bei fraglichen § 8 a Fällen die Fachaufsicht von dem Vorfall und hält diese über den Stand der Bearbeitung auf dem Laufenden.

Mögliche Ursachen für das genzverletzende Verhalten, die evt. in einer Missbrauchserfahrung des übergriffigen Kindes wurzeln, investigativ zu ermitteln, liegt nicht in der Verantwortung des päd. Teams. Dafür sind andere Stellen wie die IsoFak und das Jugendamt verantwortlich, die von der fallführenden Fachkraft hinzugezogen werden. Spekulationen sind nicht zulässig, da sie den Ruf einzelner gefährden, deren persönliche od. berufliche Existenz nicht unzulässig zu gefährden. In konkreten Anhaltspunkten für sexuellen Missbrauch greift das Ablaufdiagramm des Vorstands der Einrichtung. (Vgl. Anhang).

### 3.3. Umgang mit den Kindern

#### 3.3.2. Umgang mit dem betroffenen Kind

Folglich kümmert sich der Erwachsene zuerst um das Kind, dass die Grenzverletzung erlitten hat. In einem Einzelgespräch gibt er ihm Raum über den Vorfall, Gefühle und Befinden zu sprechen, wenn es möchte. Beratungsstellen wie IMMA, KIBS und AMYNA,

vertreten einhellig die Fachmeinung dass davon auszugehen ist, dass ein Kind den Übergriff nicht erfindet. Wenn es sich einem Erwachsenen anvertraut ist ihm uneingeschränkt Glauben zu schenken. Das Kind findet beim Erwachsenen Trost, es wird ihm vermittelt, dass es nichts falsch gemacht hat und keine Verantwortung für das Verhalten des übergriffigen Kindes trägt. Es erfährt Lob und wird darin bestärkt sich jederzeit wieder an eine Bezugsperson seines Vertrauens zuwenden, auch wenn es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal über den Vorfall sprechen möchte.

### 3.3.3. Umgang mit dem übergriffigen Kind

Dem übergriffigen Kind wird danach ebenfalls unter vier Augen die Kenntnis von dem Übergriff mitgeteilt und seine Regelbrüche verdeutlicht. Dem übergriffigen Kind ist mit einer von Klarheit und Sachlichkeit geprägten Grundhaltung zu begegnen. Damit es selbst nicht unter Druck gerät, sollte es sich um ein möglichst kurzes Eins zu Eins Gespräch handeln. Auch das Kind zu zwingen dem Erwachsenen in die Augen zu schauen, ist eine Form der Machtausübung und sollte unterlassen werden. Um sicher zu gehen, dass das Kind zuhört und den Inhalt versteht, kann man während des Gesprächs einzelne Punkte von ihm wiederholen lassen.

Um zu versuchen den vollständigen Ablauf, alle Beteiligten und evt. die Motivation für den Übergriff in Erfahrung zu bringen, sollte man sich den Vorfall durch die Aussage des übergriffigen Kindes ergänzen lassen. Da viele Kinder nicht fähig sind, Geschehnisse in chronologischer Reihenfolge wiederzugeben, bedeutet das, es selbst noch einmal erzählen zu lassen was passiert ist. Hier ist darauf zu achten es nicht unter Druck zu setzen oder durch Suggestivfragen zu einer bestimmten Aussage zu bewegen. Wichtig ist jedoch dem Kind hier nicht den Raum zugegeben, den Übergriff in Frage zu stellen oder zu bagatellisieren. Bei versuchten Ausflüchten sollte ihm vermittelt werden, dass man der Version des betroffenen Kindes Glauben schenkt und es aufgerufen ist Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen.

Anschließend wird dem Kind eine pädagogische Maßnahme mitgeteilt, die ihm helfen soll sein Verhalten in Zukunft zu ändern. Um sicher zu gehen, dass die Gesprächsinhalte angekommen sind, kann der Erwachsene sie sich am Ende des Gesprächs noch einmal spiegeln lassen, in der Form: „Welche Grenzen / Regeln hast du überschritten?“ „Was sind die Konsequenzen?“.

### 3.3.4. Pädagogische Maßnahme

Der Inhalt der pädagogischen Maßnahme bezieht sich auf das Fehlverhalten des Kindes, das dadurch nahe gelegt hat, sich noch nicht an alle vereinbarte Regeln halten zu können. Deshalb ist diesem Kind für eine adäquate Zeit nicht erlaubt sich an Dottorspielen zu beteiligen. Um dies im Kinderhaus zu gewährleisten, kann es sich für die Dauer der Maßnahme nicht frei in der Einrichtung bewegen, sondern muss bei einer Bezugsperson bleiben. In dem Vieraugengespräch sind klar Inhalt und Zeitraum der Maßnahme zu setzen. Das Kind ist Ende der Maßnahme durch ein Abschlussgespräch wieder in den Alltag zu entlassen, da man es ihm nun explizit zutraut sich an die Regeln des sozialen Miteinanders zu halten, die von ihm verstanden wurden.

Achtet es nach der pädagogischen Maßnahme, die Grenzen anderer, auch in anderen Zusammenhängen, sollte dies positiv von den Bezugspersonen vermerkt und „gelobt“ werden.

## 3.4. Umgang mit den Eltern, der involvierten Kinder

Den Eltern ist der Vorfall in noch am Tag der Kenntnisnahme mitzuteilen und ein Elterngesprächen bald möglichst anzuberaumen. Gemeinsam sollte überlegt werden, was für das Kind getan werden kann, damit der Vorfall ganzheitlich und gut weiter betreut wird. Die Eltern sollten mit ihren Kindern über ihr Bescheidwissen und über ihre eigene Haltung zu dem Vorfall einmalig sprechen. Für das übergreifige Kind sollte ein zeitlich begrenztes Doktorspielverbot auch zu Hause mit Geschwistern oder Besuchskindern gelten, damit die Maßnahme nicht eindimensional in der Einrichtung erfolgt. Darüber hinaus sollten aber keine weiteren „Erziehungsmaßnahmen“ ergriffen werden, da sich der Vorfall im KH ereignet hat und auch hier bearbeitet und gelöst werden sollte.

Das pädagogische Team pflegt wie vom Gesetzgeber vorgeschrieben, von sich aus weiter die Kommunikation zu den Elternhäusern, teilt den Stand der Bearbeitung mit und vermittelt diese gegebenenfalls an spezialisierte Beratungsstellen. Die Eltern ihrerseits können sich auch jederzeit vertrauensvoll mit Fragen und Sorgen an das Team wenden.

### 3.5. Umgang im restlichen Kinderhaus

#### 3.5.1. Kinderteam

Die Kindergruppe ist in einem Kinderteam über den Vorfall zu informieren. Hier ist darauf zu achten, das betroffene Kind nicht namentlich zu nennen, um es nicht evt. erneut zu traumatisieren oder überfordernden Fragen auszusetzen. Natürlich steht es dem betroffenen Kind zu selbst die Initiative zu ergreifen und aus eigenem Antrieb über das Erlebnis zu sprechen. Die übergreifigen Kinder sind für ihre Altersgenossen leicht durch die pädagogische Maßnahme zu identifizieren. Es ist aber wichtig der Kindergruppe klar zu machen, dass alle einmal einen Fehler machen und aus diesem lernen können, um einer Stigmatisierung vorzubeugen. Das Verhalten des betroffenen Kindes, sich Hilfe geholt zu haben, bzw. über den Vorfall gesprochen zu haben, wird explizit gelobt. Für die pädagogische Arbeit ist es wichtig, noch einmal allen Kindern die Regeln des sozialen Miteinanders und evt. speziell für das Doktorspiel zu vergegenwärtigen.

### 3.5.2. Umgang mit der restlichen Elternschaft in der Gruppe

Es ist baldmöglichst die restliche Elternschaft in Kenntnis zu setzen, z.B. auf einem außerordentlichen Gruppenelternabend. Es geht eine Info-Email ohne Nennung der Einzelheiten und Namen über den Gruppenverteiler, der dazu einläd. Da im Kinderhaus Elterndienste geleistet werden, müssen alle Eltern über Dynamiken und das Spielverhalten der Kinder informiert sein. Die namentliche Nennung ist nur mit Rücksprache mit den entsprechenden Eltern möglich. Diese können ihre Zustimmung hierzu verweigern, mit der Konsequenz, dass das entsprechende Kind nicht ohne das pädagogische Team ausschließlich von Elterndiensten betreut werden kann. Sollte die Zustimmung gegeben werden und sich die pädagogische Maßnahme in einen Elterndienst erstrecken, muss dieser von den Kinderhausbezugspersonen eine Übergabe erhalten. Um in der Elternschaft keinen Raum für ungute Spekulationen zu schaffen, ist im Kinderhaus ein offener und sachlicher Umgang mit diesem Thema unerlässlich.

### 3.5.3. Großer Elternabend

Das gleiche gilt für den großen Elternabend: Ereignet sich ein Übergriff im Doktorspiel, muss die gesamte Elternschaft davon erfahren. Im Kinderhaus werden auch die Elterndienste gruppenübergreifend geleistet, so ist es für die Eltern aller Gruppen wichtig Bescheid zu wissen. Für das Protokoll, das über den Emailverteiler versendet wird, gilt, dass es keine Namen enthalten darf, um den Erfordernissen des Datenschutzes gerecht zu werden.

Wie im Kinderteam muss auch in der Elternschaft gegen negative Rollenzuschreibungen und Stigmatisierung gewirkt werden. Dies geschieht durch die Schaffung des Bewusstseins, dass es sich um Kinder im Entwicklungsprozess handelt und das dem kindlichen Verhalten als stetigen Lernprozess mit klarer erzieherischer Haltung und Reaktionen zu begegnen ist und nicht mit Stigmatisierung und Ausschluss.

## 4. Prävention von sexuellen Missbrauch

### 4.1. Durch die Verantwortung der Erwachsenen

Das Kinderhaus duldet keinerlei sexuelle Kontakte zwischen Kindern und Erwachsenen. Die Erwachsenen tragen dafür Sorge, dass diese Grenzziehung klar bleibt. Verantwortlich für die Gestaltung des Kontakts zwischen Kind und Erwachsenem ist so immer Letzterer.

Darüber hinaus sind alle Erwachsenen (Eltern und Team) dafür verantwortlich, dass das Kinderhaus ein für Kinder sicherer Ort ist und bleibt. Das heißt, dass sie nicht nur den Alltag im Sinne des Kinderhauskonzeptes gestalten, sondern auch dass sie einen aufmerksamen Blick auf das Geschehen im Kinderhaus und dessen Nahfeld richten.

Explizite Verpflichtungen im Leitbild unserer Einrichtung sind deshalb wie folgt:

Die betreuenden Erwachsenen verpflichten sich die Grenzen und Bedürfnisse der Kinder, sowie deren Recht auf Partizipation im täglichen Umgang zu achten. Zu ihren Aufgaben gehört es, den Kindern die nötige Aufmerksamkeit, Hilfestellung und Raum zu geben, damit sie ihre Eigenständigkeit und ihr Selbstbewusstsein entwickeln können. Unsere Mitarbeiter und Eltern verpflichten sich, für das Recht der Kinder auf Geborgenheit sowie körperliche und seelische Unversehrtheit einzutreten.

### 4.2. Durch die Arbeit mit den Kindern

#### 4.2.1. Die Grundhaltung der Bezugspersonen

Das pädagogische Team hat im Sinne der im Konzept beschriebenen Grundhaltung / Leitbild (siehe Punkt 2.1.1.) seine Arbeit zu leisten. Ein Konzept, das Kindern Selbst- und Mitbestimmung einräumt, besitzt an und für sich Präventionscharakter, da erwachsenen Tätern Grenzverletzungen von vornherein erschwert und die Kinder in der Bewusstwerdung ihrer eigenen Rechte gestärkt werden.

#### 4.2.2. Die Beziehungsarbeit und das gruppenübergreifendes Konzept

Um Grenzüberschreitungen entdecken zu können, setzt das Kinderhaus neben der wachen Präsenz seiner Mitarbeiter auf deren intensive Beziehungsarbeit zu jedem einzelnen Kind. Diese wird geprägt von Wertschätzung und dem Bestreben jedem Kind mit seiner Persönlichkeit, seinem Entwicklungsstand und seinen Bedürfnissen gerecht zu werden. Basis der täglichen Arbeit ist so das Vertrauensverhältnis der Kinder zu ihren Bezugspersonen. Durch das gruppenübergreifende Arbeiten, bleibt den Kindern der Kontakt zu Bezugspersonen früherer Gruppen (die evt. auch ihre Eingewöhnung begleitet haben) erhalten, so dass für die Kinder eine größere Auswahl Erwachsener in der Einrichtung besteht, denen sie sich anvertrauen können.

#### 4.2.3. Die Art der Kommunikation und des Umgangs mit einander

Das im Kinderhaus beschäftigte Personal pflegt eine von „Gewalt“ freie Kommunikation in Anlehnung an die Methode und den Ideen von Mashall B. Rosenberg. Hinsichtlich des alltäglichen „erzieherischen“ Verhaltens bedeutet dies konkret respektvoll und achtsam mit den Kindern umzugehen und sie darin zu bestärken ihre Grenzen und Anliegen zu äußern. Dies wird dem Kind nicht nur auf der verbalen Ebene, sondern auch durch die Reaktion der Bezugspersonen auf der Handlungsebene belegt. Das Team nimmt die Konflikte der Kinder ernst und unterstützt sie, eine Lösung zu finden. Es ist die Aufgabe des Erwachsenen, die Kinder zu befähigen Grenzen zu erkennen, indem er die Grenzen anderer selbst achtet, indem er mit ihnen soziale Verhaltensregeln einübt und indem er ihnen die Achtung eigener Grenzen vorlebt.

#### 4.2.4. Das Kinderteam

Das Kinderteam ist das basisdemokratische Gremium der Kinder mit ihren Bezugspersonen zur Mitgestaltung ihrer Lebenswelt im Kinderhaus. Hier gemachte Vorschläge werden nach den vorhanden Möglichkeiten in die Tat umgesetzt oder Probleme der Kindergruppe thematisiert und Lösungen erarbeitet. Ende der Zweijährigen, spätestens jedoch mit Beginn der Dreijährigengruppe lernen die Kinderhauskinder das Kinderteam, seine Gesprächskultur und eigene Einflussmöglichkeiten kennen. Regeln des sozialen Miteinanders können auch auf Initiative der Erwachsenen im Kinderteam besprochen oder durch Rollenspiel entwickelt und eingeübt werden. Das Kinderteam dient prinzipiell auch als Forum für die Anliegen des Einzelnen in der Gruppe, die er entweder selbst dort zur Sprache bringt oder mit Unterstützung der Erwachsenen dort für ihn eingebracht werden.

#### 4.2.5. Die Kinderbefragung

Im Rahmen der Entwicklungsberichte / Beobachtungsbögen wird vom Fachpersonal regelmäßig der Focus auf jedes einzelne Kind und sein Wohlbefinden gerichtet und es dazu befragt.

Im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräche befragt auch das Arbeitsbeirgremium nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder nach ihrer Zufriedenheit

mit der Arbeit ihrer Bezugspersonen. Und bietet so über den täglichen Kontakt zu ihren Vertrauenspersonen hinaus Kindern die Möglichkeit gegenüber neutralen Personen, Stellung zu ihrem Wohlbefinden in der Einrichtung zu nehmen. Die Resultate werden mit dem einzelnen Mitarbeiter im Gespräch reflektiert.

Sollten die Ergebnisse einer der beiden Maßnahmen einen Missbrauchsverdacht nahe legen, wird dieser an den Präventionsbeauftragten im Vorstand und Team getragen, damit das hierfür entwickelte Verfahren (siehe anhängiges Ablaufdiagramm) greift.

#### 4.2.6. Die Nachbereitung in Folge eines Übergriffs im Doktorspiel

Je nach Ausmaß und Eigenheit des evt. Übergriffs unter Kindern, ist zu überlegen, ob dieser noch im Rahmen kindlicher Sexualität anzusiedeln ist, oder seine Ursache wohlmöglich in eigener Erfahrung wurzeln könnte. Übergriffige Kinder werden zu einem späteren Zeitpunkt vom pädagogischen Team vorsichtig angesprochen, ob sie selbst schon einmal von einem Übergriff betroffen waren. Dieses Gespräch ist äußerst sensibel und unter der klaren Vermeidung von Suggestivfragen zu führen. So ist die Frage sehr offen zu formulieren in der Art: „Kannst du die Situation, die du mit x hattest schon von vorher? Woanders her? Hast du so eine Situation etwas anders schon vorher erlebt?“ Dem Kind wird das Angebot unterbreitet, jederzeit mit einer Bezugsperson seiner Wahl darüber sprechen zu können. Der Teamie ist jedoch über seine Rolle als Vertrauensperson für die von ihm betreuten Kinder hinaus, nicht angehalten, ermittelnd tätig zu werden. Das pädagogische Team hält sich in diesem Zusammenhang an den bestehenden gesetzlichen Rahmen der im § 8 a SGB VIII und der dazu geschlossenen „Münchner Grundvereinbarung“ geregelt ist. Mehr dazu unter den Punkten 4.3.1.3. und 4.3.2.

### 4.3. Durch Maßnahmen zum Schutz vor sexuellem Missbrauch

#### 4.3.1. in der Institution

##### 4.3.1.1. Die Personalsuche, Neuanstellungen von Personal und Bauernhofmitfahrern

Die Stellenbeschreibungen erhalten einen an dem Leitbild orientierten Passus, der Kinder als Persönlichkeiten, die eigene Rechte und besonderen Schutz genießen, definiert. Das KH erwartet von seinen zukünftigen Mitarbeitern diese Rechte und Schutz zu gewährleisten. Bei der Einstellung des Personals, muss der Bewerber ein eintragsfreies, erweitertes Führungszeugnis vorlegen. Im Vorstellungsgespräch mit dem Team wird er auf das Thema angesprochen im Gespräch mit dem Personalvorstand muss er schriftlich versichern, dass gegen ihn keine Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung vorliegen und er sich verpflichtet Neuanzeigen und laufende Ermittlungen beim Personalvorstand umgehend zu melden.

##### 4.3.1.2. Die Betriebsinterne Vereinbarung

Das Personal unterschreibt als Vertragsbestandteil eine betriebsinterne Vereinbarung, in der er sich verpflichtet die im Leitbild des Konzepts beschriebenen pädagogischen Grundwerte der Einrichtung umzusetzen. In der Beschreibung der Regeln der Einrichtung, die den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt gewährleisten, findet sich hier ein Ablaufdiagramm des Vorgehens bei Beobachtung eines Missbrauchs oder einer klaren Grenzverletzung eines Kindes, und der Pflicht des Mitarbeiters diese bei Personalvorstand zu melden.

Im Ablaufdiagramm findet man den Informationsfluss, Ansprechpartner, Einzuleitende Schritte des Vorstands / Teams und die Konsequenzen, sprich was mit dem Bezugi od. Elternteil gegen den der Verdacht ausgesprochen wurde, passiert.

#### 4.3.1.3. Der Präventionsbeauftragte des Teams

Der Präventionsbeauftragte ist eine feste Person im pädagogischen Team, die zuständig ist, bei Übergriffen unter Kindern den Ablauf zu koordinieren. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn solche Vorkommnisse eine Gefährdung des Kindeswohls der übergriffigen Kinder im Sinne des § 8 a SGB VIII nahe legen. Er dient der Zusammenführung aller Vorkommnisse dieser Art in unserer Einrichtung und agiert als Koordinator, in Abgrenzung zur fallzuständig Person, (die Bezugsperson, die das Vorkommnis entdeckt oder mit der Fallführung beauftragt wurde). Das heißt, er führt nicht die Gespräche mit der - in solchen Fällen einzuschaltenden - in soweit erfahrenen Fachkraft (IsoFak), sondern begleitet und koordiniert den Prozess. Er hat die Antworten auf Fragen wie: „Welche Schritte werden in welcher Reihenfolge nötig?“

Außerdem dient er der Sicherstellung der Dokumentation der Fälle und hält neben dem Öffentlichkeitsvorstand als Vertreter des päd. Teams Kontakt zur Fachaufsicht im Referat für Bildung und Sport.

Er pflegt einen Ordner mit Material zum Thema Prävention, der im Büro zur Ansicht allen Interessierten zur Verfügung steht. (siehe Punkt 5.3.)

Im Team trägt er dafür Sorge, dass der Bedarf von Teamfortbildungen zu diesem Thema auf dem 1. Teamwochenende (TWE) eruiert wird, um eine stetige Qualifizierung zum Thema zu erreichen. Auf dem TWE im Herbst führt er des Weiteren eine jährliche Teamschulung zum Thema „Münchner Grundvereinbarung, Umgang mit einem Fall nach § 8 a SGB VIII“ durch. Er organisiert einen jährlichen Themenelternabends (evt. von Amyna) zu einem der drei Themen: „Prävention von sexuellem Missbrauch“, „Übergriffe unter Kindern“, „Kindliche Sexualität“ im Frühjahr jedes KH-jahres.

#### 4.3.1.4. Die Gesprächskultur im pädagogischen Team

Das Team pflegt eine besondere Gesprächskultur, die Kritik und Feedback unter Kollegen im Alltag nicht nur duldet, sondern explizit wünscht. Durch das gruppenübergreifende Konzept arbeiten die Teamies nicht hinter den geschlossenen Türen eines Gruppenraums, sondern mit einander in einem offenen Haus, das auch Eltern jederzeit betreten dürfen. Dieser Tatbestand ermöglicht ein hohes Maß an Einsehbarkeit der pädagogischen Arbeit und sozialer Kontrolle. Neben den wöchentlichen Kleinteam- und Gesamtteamsitzungen fungiert zusätzlich eine regelmäßige Supervision zur Klärung und gegebenenfalls Regulation bei kritikwürdigem Verhalten einzelner Teammitglieder.

#### 4.3.1.5. Die Arbeit des Arbeitgebergremiums

Das Arbeitgebergremium (AGG) ist eine Gruppe von Eltern, die die Fürsorgepflichten des Arbeitgebers wahrnimmt, indem es Mitarbeiter- sowie Konfliktgespräche führt. Das AGG fungiert nicht nur als Beschwerdeinstanz, die bei Kritik und Konflikten zu handeln beginnt, sondern nimmt auch standardmäßig einmal im Jahr eine Evaluation zu jedem Mitarbeiter vor.

Diese Eltern-, Kinder- und Teambefragung mündet in einem jährlichen Mitarbeitergespräch. Sollte ein Teammitglied Verhaltensweisen an den Tag legen, die dem Leitbild der Einrichtung widersprechen, kommen solche bei Versagen der oben genannten Kommunikationsstrukturen spätestens in diesem Rahmen mit Sicherheit zur Sprache.



#### 4.3.2. für das einzelne Kind

Durch die regelmäßigen Teamschulungen zur Münchner Grundvereinbarung wird den Teammitgliedern Handlungssicherheit und richtiges Verhalten im Falle der Anwendung des § 8 a SGB VIII ermöglicht.

Das Gesamtteam bespricht regelmäßig den Entwicklungsstand und die familiären Besonderheiten aller Kinder im Kinderhaus und tauscht sich beratend miteinander über Veränderungen aus. In manchen Fällen wird die entwicklungspsychologische Unterstützung der Stadt München herangezogen. Die vom Krippenreferat zur Verfügung gestellte Psychologin steht nicht nur den Eltern, sondern auch dem pädagogische Team beratend zur Seite und trägt mit eigener Beobachtung einzelner Kinder im Kinderhausalltag zur Einschätzung dessen Verhaltens und oder Entwicklungsstands bei. Darüber hinaus können strittige Fragen in der Fallsupervision, die das KH seinem Team regelmäßig zur Verfügung stellt, geklärt werden. Auf den vier Klausurtagen und zwei Teamwochenenden eines Kindergartenjahres findet sich neben der wöchentlichen Teamsitzung Zeit um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Das Kinderhaus pflegt seit Jahren eine enge Zusammenarbeit in Sachen Prävention mit der Einrichtung Amyna. „Projekt zur Prävention von sexuellem Missbrauch“, mit der gegebenenfalls konkrete Fälle besprochen und zur Einschätzung vorgelegt werden können. Die Eltern können darüber hinaus selbst auch Beratungsstellen aufzusuchen, die Hilfe in der Einschätzung und Beratung zu weiteren Schritten bieten. Die Liste der Beratungsstellen ist im kopierten Flyer der LHM Sozialreferat, Stadtjugendamt „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen, Informationen und Adressen“ im Anhang zu finden.

Elterngespräche die über die „Tür- und Angelgespräche“ hinausreichen, können sowohl von Team- als auch von Elternseite jederzeit angefragt werden.

#### 4.3.3. im familienerweiterten Rahmen des Kinderhauses

Da das Kinderhaus einen familienerweiternden Charakter anstrebt, ist bei Neuaufnahmen von Eltern genauso sorgsam vorzugehen, wie in der Neuanstellung eines Mitarbeiters. Private Kontakte in der Elternschaft und zu Teammitgliedern, Übernachtungsbesuche der Kinder untereinander und die private Nutzung des Kinderhauses durch seine Mitglieder auch nach den Betreuungszeiten bedingen eine mannigfache Verflechtung im priv. Bereich. Für die Neuaufnahmen gilt deshalb neben dem sorgsamem Aufnahmeverfahren, dem sich Bewerbereltern unterziehen (1.Treffen mit Aufnahmekoordinatorin im KH, Vorstellungselternabend in der Kleingruppe, Probetage, Einladung auf den gr. EA) auch ein eintragsfreies, erweitertes Führungszeugnis als Aufnahmekriterium. Die Thematik wird schon beim ersten Treffen mit den Aufnahmekoordinatoren angesprochen und eine zur betriebsinternen Vereinbarung des päd. Teams entsprechende Erklärung zu Vertragsabschluss unterzeichnet.

Die Vereinsmitglieder müssen sich in Kommunikation, Transparenz des eigenen Verhaltens und Erziehungsstils sowie der Kritik der anderen Eltern und des päd. Teams stellen, um das in sie gesetzte Vertrauen erfüllen zu können. Die Eltern nehmen an den (in den Kleingruppen monatlich, im Kiga alle sechs Wochen) stattfindenden Gruppenelternabenden (kl. EA) und dem einmal monatlich stattfindenden Gesamtelternabend (gr. EA) sowie am jährlichen pädagogischen Elternteamwochenende (ETWE) der ganzen Einrichtung teil. Diese sind als Forum für den Austausch und der Entwicklung einer gemeinsamen erzieherischen Grundlinie unerlässlich.

## 5. Material zum Thema und dessen Einsatz

### 5.1. Buchbestand im KH

#### 5.1.1. Liste der Kinderbücher:

Noch in Bearbeitung

#### 5.1.2. Liste der Erwachsenenliteratur:

Noch in Bearbeitung

### 5.2. nicht geeignetes Material

Noch in Bearbeitung. Hier sollen nicht nur die positiven Beispiele von gelungen Material für Kinder erläutert werden, sondern auch Täterstrategien wie sie uns von Aymna aufgezeigt wurden und das dafür eingesetztes Material wie von „Zeig mal Her“ oder pornographische Medien (Filme, Fotos, Bücher) dass somit nicht zur pädagogischen Arbeit geeignet ist, Erwähnung finden.

### 5.3. Präventionsordner des KH

Im Büro der Einrichtung steht ein beschrifteter Ordner gut sichtbar im Regal. Dieser enthält Infomaterial zu allen Facetten dieses Themas: Literaturlisten, Adressen von Beratungsstellen und Broschüren. Gepflegt wird dieser Ordner vom Präventionsbeauftragten.

## 6. Literaturverzeichnis

Philipps, Ina-Maria. Körper, Liebe, Doktorspiele. Ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Sexualentwicklung vom 1. bis zum 3. Lebensjahr. Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Düsseldorf /Köln, Bestellnr. 13660100

Philipps, Ina-Maria. Körper, Liebe, Doktorspiele. Ein Ratgeber für Eltern zur kindlichen Sexualentwicklung vom 4. bis zum 6. Lebensjahr. Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Düsseldorf /Köln, Bestellnr. 13660200

Schuhrke, Bettina: Sexuelle Entwicklung von Kindern bis zur Pubertät. In Dirk Bange / Wilhelm Körner (Hrsg.) Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2002

Volbert, R. Sexuelles Verhalten von Kindern: Normale Entwicklung oder Indikator für sexuellen Missbrauch. In G. Amann & Wipplinger (Hrsg.). Sexueller Missbrauch. Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch (S. 385 - 398) Tübingen: dgvt-Verlag. 1997