

Kinderschutz LEITLINIE

AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik
(Kinderschutzleitlinie)

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Veröffentlicht am 07.02.2019 und **geändert am 03.01.2022** aufgrund des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG), welches am 10.06.2021 in Kraft getreten ist.

Alle Handlungsempfehlungen bleiben im Wortlaut unverändert, wobei die aktuellen Änderungen des § 4 KKG zu berücksichtigen sind.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



WIDMUNG

Die Leitlinie ist allen Kindern und Jugendlichen gewidmet.

IN GEDENKEN AN INGO FRANKE

Dr. med. Ingo Franke war Initiator und Projektleiter der Kinderschutzleitlinie. Er hat sich mit viel Leidenschaft in den letzten Jahren durch vielfältige Aktivitäten für den Kinderschutz eingesetzt. Krönender Abschluss seines Engagements für den Kinderschutz sollte die Fertigstellung der Kinderschutzleitlinie werden. Den Entwicklungsprozess hin zur Formulierung der Handlungsempfehlungen hat er bis zu seinem Tod, trotz der Beeinträchtigungen durch seine schwere Krankheit, aktiv mitgestalten können, und so trägt die Leitlinie unverkennbar seine Handschrift. Durch sein Engagement und seine Zielstrebigkeit ist die Kinderschutzleitlinie zu dem geworden, was sie heute ist.

Inhaltsverzeichnis

Präambel	1
1 Information.....	2
1.1 Allgemeines.....	2
1.1.1 Herausgeber.....	3
1.1.2 Finanzierung der Leitlinie	3
1.1.3 Anmeldende und federführende Fachgesellschaften.....	3
1.1.4 Kontakt.....	4
1.1.5 Leitlinienversionen und ergänzende Dokumente.....	4
1.1.6 Zitierweise der Langfassung	4
1.2 Verantwortlichkeiten	5
1.2.1 Autoren der Leitlinie	5
1.2.2 Methodische Begleitung	5
1.2.3 Eingebundene Fachgesellschaften und Organisationen	5
1.2.4 Steuerungsgruppe	9
1.2.5 Leitlinienbüro	10
2 Grundlagen für Fachkräfte.....	11
2.1 Gemeinsame Aufgaben.....	11
2.2 Sprache als Herausforderung.....	12
2.2.1 Kindeswohlgefährdung	12
2.2.2 Kontextfaktoren.....	13
2.2.3 Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung	15
2.2.4 Diversitätssensibilität	16
2.3 Rechtsgrundlagen für Fachkräfte	18
2.4 Rechte von Kindern und Jugendlichen.....	21
2.4.1 Kinderrechte.....	21
2.4.2 Patientenrechte und Autonomie von Minderjährigen	22
2.4.3 Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen.....	22
2.5 Rechte und Pflichten der Personensorgeberechtigten.....	23
3 Einführungen	25
3.1 Geltungsbereich und Zweck.....	25
3.1.1 Zielsetzung und Fragestellung	25
3.1.2 Adressaten oder für wen ist diese Leitlinie?.....	26
3.1.3 Verbreitung und Implementierung der Leitlinien	26
3.1.4 Finanzierung der Leitlinie und Darlegung möglicher Interessenkonflikte	26

3.1.5 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	27
3.1.6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	27
3.2 Epidemiologie in Deutschland	28
3.3 Grundlagen der Methodik.....	31
3.3.1 Formulierung von Schlüsselfragen anhand von PICO-Fragen	31
3.3.2 Systematische Literaturrecherche und -bewertung	31
3.3.3. Formulierung der Handlungsempfehlungen und strukturierte Konsensfindung	31
3.4 „Was ist neu?“	32
3.5 Anwendung und Lesbarkeit der Leitlinie.....	34
3.5.1 Handlungsempfehlungen, Schlüsselempfehlungen und Symbole	34
3.5.2 Verzeichnis für Abbildungen und Tabellen	36
3.5.3 Definitionen.....	38
3.5.4 Abkürzungsverzeichnis.....	45
4 Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz	52
4.1.Partizipation von Kindern und Jugendlichen	52
4.2 Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz	67
4.2.1 Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene	68
4.2.2 Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG)	78
4.2.3 Vorgehen im Krankenhaus	88
4.3 Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen.....	97
Teil A: Merkmale von Kindern und Jugendlichen	99
4.3.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen.....	100
4.3.2 Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen.....	106
4.3.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	110
4.3.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung.....	117
4.3.5 Zahnärztliche Untersuchung.....	133
4.3.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom.....	147
Teil B Merkmale von Eltern*	156
4.3.7 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen	157
4.3.8 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*	171
4.3.9 Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*	185
4.3.10 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme	195
4.4 Diagnostische Methoden	199
Teil A Befragung von Kindern und Jugendlichen	200
4.4.1 Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen	200

Teil B Spezielle Diagnostik.....	216
4.4.2 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung	216
4.4.3 Hämatome und thermische Verletzungen	220
4.4.4 Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen.....	235
4.4.5 Untersuchung der Augen	275
4.4.6 Differentialdiagnosen.....	281
4.4.7 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch.....	291
4.5 Geschwisterkinder	315
4.6 Interventionen für Eltern*	322
5 Ausblick	331
5.1 Gültigkeit und Update.....	331
5.2 Forschungsbedarf.....	331
Danksagung	332
Literaturverzeichnis.....	333
Anhang	350

*** Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen**

Präambel

Diese Leitlinie zu Kindesmisshandlung, -missbrauch und –vernachlässigung ist das Ergebnis eines vierjährigen Prozesses der beteiligten Vertretern_innen aus den Bereichen der Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit.

Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde 2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch getroffen. Die Koordination erfolgte durch den medizinischen Bereich mit Unterstützung der beteiligten 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten.

Gemeinsam wurde beschlossen, dass das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung bei Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung als Grundlage der wissenschaftlichen Arbeit dienen soll. Dies führte zur Entwicklung diagnostischer Vorgehensweisen bei Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung mit dem Ziel, Fachkräften Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen zu geben und Kinder und Jugendliche zu schützen.

Während der Entwicklung der Leitlinie setzen sich alle Beteiligten konstruktiv mit der Frage auseinander, welchen Stellenwert das Erkennen, Feststellen, Sichern und der Schutz vor Reviktimisierung im Kinderschutz hat. Es wurde deutlich, dass die Entwicklung einer allumfassenden „Kinderschutzleitlinie“ noch nicht abgeschlossen ist und diese Leitlinie keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte wie eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose in Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln. Dies richtet sich sowohl an die Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten selbst als auch an die beteiligten Fachkräfte im Kinderschutzverfahren.

Wünschenswert ist die Fortsetzung der konstruktiven Zusammenarbeit aller Partner_innen im Kinderschutz unter Mitwirkung der Kinder und Jugendlichen selbst, um sich diesem Ziel zu nähern.

Ihr Kinderschutz-Leitlinienbüro

1 Information

1.1 Allgemeines

Kindeswohl und Kinderschutz können mit Bekanntwerden der Schwangerschaft beginnen und enden mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Schnittstellen der versorgenden Bereiche für Kinder und Jugendliche und deren Familien. In der Kinderschutzleitlinie werden die „Haupt-Versorgungsbereiche“ anhand von Jugendhilfe, Medizin/Psychologie und Pädagogik beschrieben. Es gilt sowohl die Schnittstellen zu beschreiben als auch unter der Berücksichtigung der Aufgaben in den Versorgungsbereichen und deren Zusammenwirken Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz zu formulieren.

Unter Federführung der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) wurde in Zusammenarbeit mit 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesbeauftragten und Bundesministerien aus den Bereichen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik die S3(+) Leitlinie zur Detektion, Diagnostik und zum Schutz vor einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung entwickelt. Diese Zusammensetzung stellt die Partner für Kindeswohl und Kinderschutz repräsentativ dar und soll zur Verbesserung des strukturierten Vorgehens und der Zusammenarbeit beitragen.

Die S3(+) Kinderschutzleitlinie ist inhaltlich in 22 Themenbereiche aufgeteilt (in alphabetischer Reihenfolge):

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK
 DIFFERENTIALDIAGNOSTIK
 EMOTIONALE VERNACHLÄSSIGUNG/MISSHANDLUNG
 ENTWICKLUNGS- UND VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN
 FORENSISCHES INTERVIEW
 FRAKTUREN
 FRÜHERKENNUNG VON UNTERSTÜTZUNGS- UND HILFEBEDARFEN
 GESCHWISTERKINDER
 HÄMATOME und THERMISCHE VERLETZUNGEN
 INFORMATIONSAUSTAUSCH PSYCHISCH BELASTETE ELTERN*
 KINDERVORSORGEUNTERSUCHUNG
 KOOPERATION
 MELDEPFLICHT UND INFORMATIONSAUSTAUSCH
 NEONATALES DROGENENTZUGSSYNDROM
 OPS 1-945
 PARTIZIPATION
 SCREENINGVERFAHREN
 SEXUELLER MISSBRAUCH
 KINDER UND JUGENDLICHE SUCHTBELASTETER ELTERN*
 INTERVENTION DER ELTERN*
 UNTERSUCHUNG DER AUGEN
 ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

*Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen

Diese Themenbereiche der vorliegenden Kinderschutzleitlinie umfassen einen Großteil der Themen zu Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung, wobei die Fragestellungen nicht nur auf Grundlage der unmittelbaren klinischen Relevanz entwickelt wurden. Dies war zu Beginn eine bewusste Entscheidung, um vor allem dem multiprofessionellen Vorgehen, der Berücksichtigung der Bedarfe der verschiedenen Versorgungsbereiche und letztlich der Fokussierung auf die Kinder und Jugendlichen die notwendige Relevanz einzuräumen. Entscheidend war die Zielsetzung einer kindzentrierten, praxisnahen und prozessorientierten Leitlinienentwicklung. So wurden reale Fälle aus der Praxis der unterschiedlichen Versorgungsbereiche Grundlage für die Entwicklung von Fallvignetten und Fragestellungen für die evidenzbasierte Literaturrecherche (siehe Kapitel 3.3).

Neben der Langfassung und Arbeitsmaterialien wurde eine Leitlinienversion für Kinder und Jugendliche am 11.02.2019 veröffentlicht. Die Kurzfassung und die Version für Sozialarbeitende und Pädagogen_innen werden zu diesem Zeitpunkt mit Hilfe aller Beteiligten für die Veröffentlichung bis zum 31.08.2019 überarbeitet. Die systematische Erstellung der Leitlinie und die zugrunde liegende Methodik sind in dem Leitlinienreport und der Evidenzaufbereitung dargestellt.

1.1.1 Herausgeber

Kinderschutzleitlinienbüro

Universitätskinderklinik

Adenauerallee 119

53113 Bonn

Telefon: 0228 287 33030

E-Mail: kinderschutzleitlinie@uni-bonn.de

Homepage: www.kinderschutzleitlinie.de

1.1.2 Finanzierung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert, basierend auf der Empfehlung im Abschlussbericht des Runden Tisches der Kanzlerin zum sexuellen Missbrauch und wurde durch die Bundesregierung am 30.11.2011 beschlossen.

1.1.3 Anmeldende und federführende Fachgesellschaften

Unter Koordination und Mit-Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) mit Beteiligung der anmeldenden AWMF-Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR)

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

1.1.4 Kontakt

Bis zum Ende der Projektlaufzeit (Februar 2019)

Kinderschutzleitlinienbüro

Universitätskinderklinik, Adenauerallee 119, 53113 Bonn

Telefon: 0228 287 33030

E-Mail: kinderschutzleitlinie@uni-bonn.de

Homepage: www.kinderschutzleitlinie.de

Im Anschluss an die Projektlaufzeit

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

Universitätskinderklinik, Adenauerallee 119, 53113 Bonn

Telefon: 0228 287 33326

E-Mail: geschaeftsstelle@dgkim.de

Homepage: www.dgkim.de

1.1.5 Leitlinienversionen und ergänzende Dokumente

Bei diesem Dokument handelt es sich um die Langfassung der AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Zusätzlich existiert eine Kurzfassung der Leitlinie, in der die Handlungsempfehlungen mit kurzen Erklärungen und Schaubildern dargestellt sind.

Eine Patientenversion wird als Textformat für Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestellt werden. Neben Informationen über die Rechte von Kindern und Jugendlichen sowie einem Self-Check-Fragebogen bietet die APP eine Auflistung potenzieller bundesweit tätiger Ansprechpartner, an die sich Kinder oder Jugendliche mit ihren Sorgen wenden können.

Für Fachkräfte aus dem Bereich der Jugendhilfe und der Pädagogik wird eine weitere Leitlinienversion bis zum 31.08.2019 vorliegen, in der auf medizinische Fachterminologie verzichtet wird und in der ein besonderer Fokus auf Handlungsempfehlungen liegt, die vor allem das Schnittstellenmanagement zwischen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik beschreiben und das strukturierte Vorgehen im medizinischen Kinderschutz nachvollziehbar darstellen.

Alle Dokumente zur Leitlinie sind über die folgenden Internetseiten zugänglich:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (awmf.de)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (dgkim.de)
- Kinderschutzleitlinie (kinderschutzleitlinie.de)
- pilani – Kinder schützen (pilani.de)
- Alle an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen können die veröffentlichte Leitlinie auf ihrer Internetseite verlinken.

1.1.6 Zitierweise der Langfassung

Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069

1.2 Verantwortlichkeiten

1.2.1 Autoren der Leitlinie

Die Autoren sind in alphabetischer Reihenfolge dargestellt: Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kuryłowicz, L., Rohde, M., Schwier, F.

1.2.2 Methodische Begleitung

Um aufgrund der Größe der Leitliniengruppe methodische Fragestellungen effizient klären zu können, wurde auf der konstituierenden Sitzung eine Steuerungsgruppe gegründet. Die Mandatierten, die sich in der Steuerungsgruppe engagiert haben, sind in Kapitel 1.2.3 mit ¹ gekennzeichnet und die dazu gehörigen Fachgesellschaften sind in Kapitel 1.2.4. aufgelistet.

Das Leitlinienportal der Firma CGS (Clinical Guideline Services) unterstützte die Kommunikation und die methodische Literaturarbeit.

Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF), Marburg, stand mit Beginn der Leitlinienerstellung den Mitarbeitenden im Leitlinienbüro beratend zur Seite.

1.2.3 Eingebundene Fachgesellschaften und Organisationen

	Name der Fachgesellschaft oder Organisation	Mandatierte/Vertretung (Ehemalige)
1.	AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V.	Rainer Kröger/ Dr. Koralia Sekler
2.	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e.V.	Prof. Dr. Karin Böllert/ Angela Smessaert
3.	Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.	Dr. Birgit Delisle
4.	Berufsverband der Frauenärzte e.V.	Markus Haist/ Dr. med. Thomas Bärtling
5.	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.	Dr. med. Burkhard Lawrenz
6.	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V.	Dipl. Soz. Päd. A. Matthias Fink
7.	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.	(Dr. med. Reinhard Martens) Dr. Daniela Thron-Kämmerer
8.	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.	Silke Seiffert
9.	Betroffenenrat beim UBSKM	Alex Stern Sonja Howard* (eine weitere Betroffenenvertretung (namentlich dem Leitlinienbüro bekannt), (Kristina Holler ¹))
10.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.	Jessika Kuehn-Velten/ Arthur Kröhnert
11.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter	Birgit Zeller*
12.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Prof. Dr. med. Michael Kölch

- | | | |
|-----|--|---|
| 13. | Bundeskongferenz für Erziehungsberatung e. V. | Silke Naudiet/
Jörg Hermann |
| 14. | Bundespsychotherapeutenkammer | Peter Lehndorfer ¹ /
Dr. Johannes Klein-Heß-
ling ¹ |
| 15. | Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V. | Dr. Gabriele Trost-Brink-
hues/
Dr. Michael Schäfer |
| 16. | Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. | Dipl.-Päd. Ariadne Sartor-
ius/
Dipl.-Päd. Helga Planz |
| 17. | Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Ju-
gentalter | Dr. Maria-Elisabeth Ahle/
Sarah Blank |
| 18. | Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. | Prof. Dr. Raimund Geene |
| 19. | Deutsche Bischofskongferenz | Thomas Vortkamp/
Sylke Schruff |
| 20. | Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. | PD Dr. med. Hagen Ott |
| 21. | Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie
e.V. | Dr. med. Ralf Moebus/
Dr. med. Ulrike Gitmans |
| 22. | Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft e.V. | Prof. Dr. Petra Bauer |
| 23. | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
e.V. | Dr. med. Anne Mondal/
Dr. med. Bettina
Burghardt |
| 24. | Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. | Elke Mattern/
Prof. Dr. Ute Lange |
| 25. | Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. | Dr. med. Sylvester von
Bismarck/
Frauke Schwier ¹ |
| 26. | Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. | Dipl. med. Hendrik
Karpinski
(Dr. med. Ingo Franke†,
Prof. Dr. Meinolf Noeker ¹) |
| 27. | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. | Dr. Bernd Herrmann ¹ |
| 28. | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V. | Prof. Dr. med. Jörg M. Fe-
gert/
Prof. Dr. Paul Plener ¹ |
| 29. | Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V. | Dr. Reinhard Schilke/
Dr. Katharina Bücher |
| 30. | Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschir-
urgie e.V. | Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich/
Caroline Galon |
| 31. | Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. | PD Dr. Martina Messing-
Jünger |
| 32. | Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei
Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V. | Dr. Anette Frenzke-Kul-
bach*/
Dr. Peter Mosser |
| 33. | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. | Dr. med. Julia Schellong/
Prof. Dr. med. Anette
Kersting |
| 34. | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheil-
kunde und Geburtshilfe e.V. | Dr. rer. nat. Dipl. psych.
Antje Bittner/
PD Dr. med. Friederike
Siedentopf |

- | | | |
|-----|--|--|
| 35. | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. | PD Dr. med. Martina Rauchfuß*/
Dr. med. Constanze Raimer |
| 36. | Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V. | Dr. med. Sibylle Banaschak ¹ /
PD Dr. med. Elisabeth Mützel |
| 37. | Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. | Prof. Dr. med. Peer Briken/
Dr. Lisa Rustige |
| 38. | Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. | Prof. Dr. Barbara Thiesen/
Prof. Dr. Michaela Köttig |
| 39. | Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. | Prof. Dr. Ute Thyen ¹ /
Dr. Andreas Oberle |
| 40. | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. | Prof. Dr. med. Rainer Thomasius/
PD Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf |
| 41. | Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. | Prof. Dr. Michael Klein |
| 42. | Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. | Dr. Hedio von Essen/
Prof. Dr. Peter Schmittenebecher |
| 43. | Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. | PD Dr. Sebastian Rogenhofer |
| 44. | Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. | Prof. Dr. Michael Borglaufs/
Dipl. Psych. Rudi Merod (Wolfgang Schreck)
Dr. Jutta Margraf-Stiksrud |
| 45. | Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. AK Psychologie u Psychosomatik | Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig/
Dr. Dr. Claus Grundmann |
| 46. | Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. Interdisziplinärer AK für Forensische Odontostomatologie | Renate Walter-Hamann/
Kerstin Guderley |
| 47. | Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. | Anja Röske |
| 48. | Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. | Prof. Dr. med. Sabine Aisenbrey* |
| 49. | Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. | Michael Trost/
Jürgen Freiberg |
| 50. | Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. | Prof. Dr. jur. Julia Zinsmeister |
| 51. | Deutscher Behindertenrat | Christian Lohwasser/
Anette Plewka (Michael Leinenbach) |
| 52. | Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. | Frank Flake/
Thomas Semmel* |
| 53. | Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V. | Prof. Dr. Gabriele Flößer*/
Dr. Margarete Müller (Rebecca Frings-Hemsing, Martina Huxoll von Ahn) |
| 54. | Deutscher Kinderschutzbund e.V. Landesverband NRW | |

55.	Deutscher Landkreistag	Jörg Freese
56.	Deutscher Landkreistag Ortenaukreis	Ullrich Böttinger ¹
57.	Deutscher Landkreistag Landkreis Graftschaft Bentheim	Gunda Gülder-Alsmeier
58.	Deutscher Landkreistag Kreis Steinburg	Karin Kretschmar
59.	Deutscher Landkreistag - Saarpfalz Kreis	Klaus Guido Ruffing
60.	Deutscher Landkreistag - Erzgebirgskreis	Sandra Pohl
61.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Dr. rer. medic. Katharina Maria Röse, (Svenja Bergann*)
62.	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.	Janna Beckmann, Stephanie Götte Katharina Lohse ³ (Dr. Thomas Meysen, Lydia Schönecker)
63.	Deutsches Jugendinstitut	Dr. Heinz Kindler/ Dr. Mike Seckinger
64.	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	Dr. Marc Schmid/ Prim. Dr. Katharina Purtscher-Penz (Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck†)
65.	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Ramazan Salman/ Ahmet Kimil
66.	Gesamtverband für Suchthilfe e.V.	(Dr. Theo Wessel*) Corinna Mäder-Linke/ (Knut Kiepe)
67.	Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.	Dr. med. Mark Born ¹ / Prof. Dr. med. Brigitte Stöver
68.	Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz	Dipl. Päd. Ursula Teupe/ Dipl. Päd. Elisabeth Schmutz
69.	Nationales Zentrum Frühe Hilfen	Mechthild Paul ¹ / Christine Gerber
70.	Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes Kriminaldirektor	Polizeiobererrat Joachim Schneider/ Dipl. Päd. Monika Johna (Andreas Mayer/ Viktoria Jerke)
71.	Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland	Angelika Wolff
72.	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten in Deutschland e.V. gegr. 1953	Dr. med. Dietmar Borowski/ Dr. phil. Franz Jan Timmermann
73.	Weisser Ring e. V.	(Prof. Dr. Günther Deegenert) Bernd Holthusen
Name der beratenden² Fachgesellschaften, Bundesministerien und Bundesbeauftragten		
74.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Prof. Dr. Ina Kopp ¹ (Dr. Cathleen Mueche-Borowski*)

75.	Bundesministerium für Bildung und Forschung	Pari Hosseinipour*/ Mario Dompke*
76.	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Almut Hornschild-Rentsch/ Madeleine Schrade
77.	Bundesministerium für Gesundheit	Dr. Thomas Stracke/ Simone Strecker
78.	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	Dr. Sarah Eickelmann/ Ministerialrätin Dr. Daniela Goerdeler (Richterin Andrea Böke*)
79.	Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	Heike Völger/ Julia Hiller (Dr. Manuela Stötzel, Agnes Sander)
80.	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD	Dr. Christian Böhm ¹
81.	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	Bertram Raum ¹ / Anneliese Egginger*
82.	Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit	Isabella von der Decken

¹ Mitglied der Steuerungsgruppe

² beratende Funktion: Fachgesellschaft oder Organisation hat kein Stimmrecht auf der Konsenssitzung
Ehemalige Mandatierte sind durch Klammern () eingefasst.

³ nur für Teilnahme an der Konsensuskonferenz mandatiert

* keine IKE bis zum 29.01.2019 vorliegend: Anmerkung: Einfluss auf Leitlinie ist gering, da keine Kommentierung über Online-CGS-Leitlinienportal erfolgte, bzw. möglich war und keine Teilnahme an der Konsensuskonferenz erfolgte.

1.2.4 Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe setzt sich aus den folgenden Fachgesellschaften und Organisationen zusammen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (methodische Beratung und Moderation)

Bundespsychotherapeutenkammer

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.

Deutscher Landkreistag

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Gaststatus)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Gaststatus)

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD

1.2.5 Leitlinienbüro

Die Mitarbeitenden des Leitlinienbüros sind nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

Name		Tätigkeitszeitraum
Malou Blesken	Master of Psychology and Law, Universitätskinderklinik Bonn	April 2015 – Juni 2018
Dr. med. Ingo Franke	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätskinderklinik Bonn	Dez. 2014 – 05. Juni 2018 (+)
Fabio Freiberg	Studentische Hilfskraft	Juli 2015 – Aug. 2017
Jürgen Freiberg	Diplom-Sozialpädagoge, Universitätskinderklinik Bonn	seit Dez. 2014
Christine Griego	B.A. Mehrsprachige Kommunikation, Universitätskinderklinik Bonn	Aug. 2016 – Juli 2017
Max Hesse	Studentische Hilfskraft	seit Dez. 2017
Juliane Kock	B.A. Mehrsprachige Kommunikation, Universitätskinderklinik Bonn	Jan. 2015 – Okt. 2017
Maren Kraft	Health Science Research Master, Universitätskinderklinik Bonn	seit Okt. 2016
Lisa Kurylowicz	Master of Public Health, Universitätskinderklinik Bonn	seit Mai 2016
Laura Lanzrath	B.A. Germanistik, Universitätskinderklinik Bonn	Okt 2017 – Nov 2018
Michelle Rohde	Diplom-Psychologin, Universitätskinderklinik Bonn	seit Aug. 2018
Frauke Schwier	Fachärztin für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden	seit Feb. 2017

2 Grundlagen für Fachkräfte

2.1 Gemeinsame Aufgaben

Kindeswohl und Kindergesundheit zu fördern und sicherzustellen, ist die Aufgabe aller Fachkräfte, die die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Dazu gehört auch, eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen sowie bei der Abwendung einer Gefahr von Kindern und Jugendlichen zu helfen.

Die Aufgabe kann nur gemeinsam gelingen. Dafür ist es wichtig, Kenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Fachkräfte anderer Versorgungsbereiche zu haben und diese entsprechend zu berücksichtigen.

Die Abbildung 1 zeigt Beispielfragen auf, anhand derer sich Fachkräften im System einordnen können, insbesondere in welcher Rolle und mit welchem Auftrag.

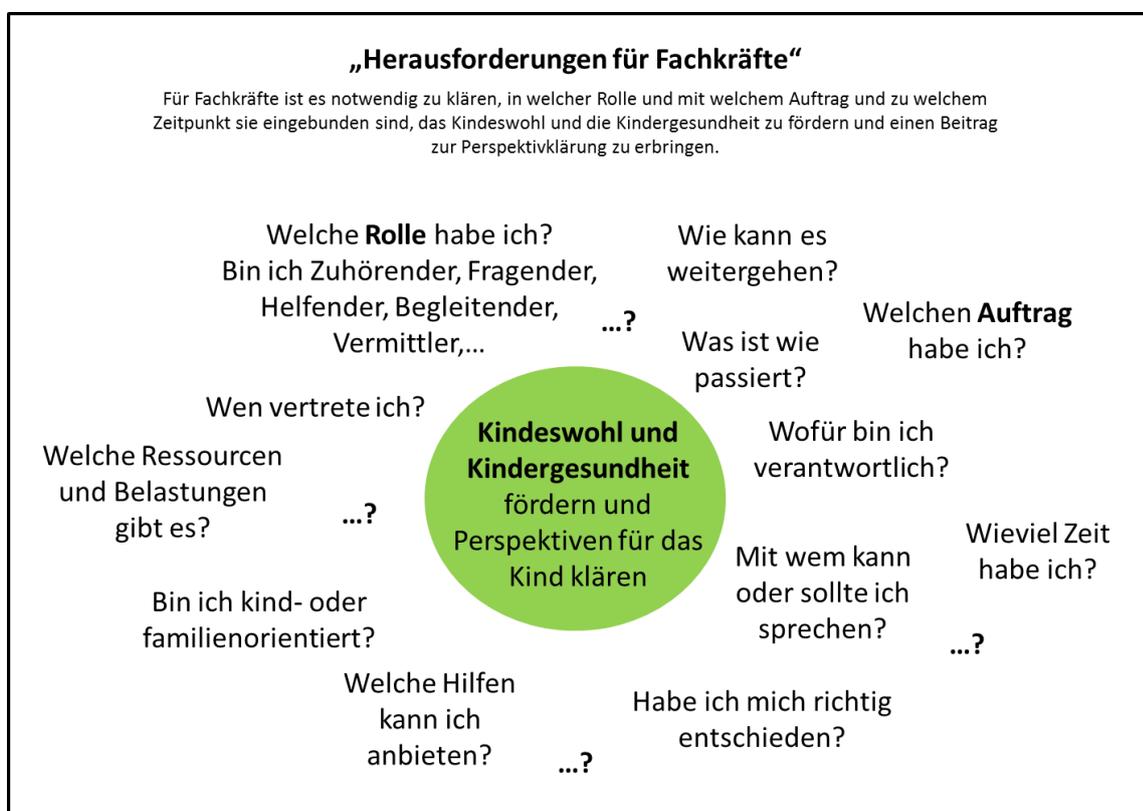


Abb.1 Herausforderungen für Fachkräfte

2.2 Sprache als Herausforderung

2.2.1 Kindeswohlgefährdung

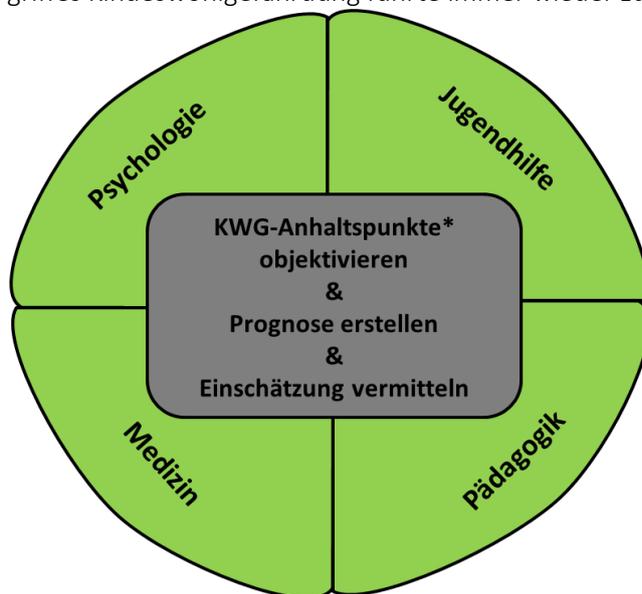
Der Begriff Kindeswohlgefährdung orientiert sich an der Formulierung des BGH-Urteils von 1956.

Eine **Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB** liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.

BGH FamRZ 1956, 351; BGH 23.11.2016 – XII ZB 149/16

Abb. 2 Perspektivklärung für Kinder und Jugendliche

Eine unterschiedliche Verwendung des Begriffes Kindeswohlgefährdung führte immer wieder zu Kontroversen bei der Entwicklung der Leitlinie.



*z.B. Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung

Eine unterschiedliche Verwendung des Begriffes Kindeswohlgefährdung führte immer wieder zu Kontroversen bei der Entwicklung der Leitlinie.

Diese Kontroverse verdeutlichte, dass die Diagnosestellung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung alleine nicht ausreicht, um eine Kindeswohlgefährdung einzuschätzen. Vielmehr bedarf es neben der Diagnosestellung auch der Beurteilung der aktuellen Schädigungen und der Einschätzung der Folgeschäden mit dem Ziel, eine prognostische Aussage zur Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu treffen und diese Einschätzung zu vermitteln. Zur Perspektivklärung der Kinder und Jugendlichen soll dabei gemeinsam der Nutzen von Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen aller Versorgungsbereiche geprüft und mit den Beteiligten, insbesondere den Kindern und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten erörtert werden (siehe Abb. 2).

Dabei spielen u.a. die Beurteilung der elterlichen Bereitschaft und Fähigkeit, einen möglichen Schaden von ihrem Kind abzuwenden, eine zentrale Bedeutung.



Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung wird definiert als „Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren“. Dies sind [gewichtige Anhaltspunkte](#) für eine Kindeswohlgefährdung.

Der Begriff Kindeswohlgefährdung wurde zunächst von der Kinderschutzleitlinie eigenständig definiert. Eine eigene, von der rechtlichen und in der Jugendhilfe gebräuchlichen abweichenden Definition ergab sich aus der Notwendigkeit, Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wie eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung zu benennen. Kindeswohlgefährdung wurde als Diagnose anhand von Formen der Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung definiert,

wobei die notwendige prognostische Einschätzung zu der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht explizit benannt wurde. Die Kinderschutzleitlinie verzichtet auf diese eigene Definition der Kindeswohlgefährdung und verwendet den Begriff Kindeswohlgefährdung in Orientierung an die BGH-Urteile, um der Gefahr entgegenzuwirken, dass der unterschiedliche Sprachgebrauch zu grundsätzlichen Missverständnissen der Versorgungsbereiche untereinander führt.

Grundvoraussetzung für ein gemeinsames Verständnis von Kinderschutz ist der einheitliche Sprachgebrauch. Eine Herausforderung in der Zukunft wird die Entwicklung von gemeinsamen Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen sein, um den Kinderschutz zu verbessern.

2.2.2 Kontextfaktoren

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Laut der International Classification of Functioning (ICF) (Weltgesundheitsorganisation 2019) stellen Kontextfaktoren den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person haben.

Personenbezogene Faktoren beziehen sich auf Gesundheit, Behinderung oder Funktionsfähigkeit der Person und schließen Alter, Geschlecht und Lebenssituation ein.

Die Umweltfaktoren haben Einfluss auf alle Komponenten der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung der Person. Sie sind in Wechselwirkung zu der physischen und sozialen Teilhabe der Person an ihrer Umwelt zu bringen. Diese Faktoren schließen sowohl bereits bestehende Verbindungen als auch Zugangsmöglichkeiten zu Sozial-, Gesundheits- oder Hilfesystemen ein und betreffen u.a. Bildung, Arbeit, Wohnsituation wie auch Beziehungen zu anderen Menschen, Bezugs- oder Pflegepersonen (siehe Abb. 3).

Abb. 3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Wechselwirkungen



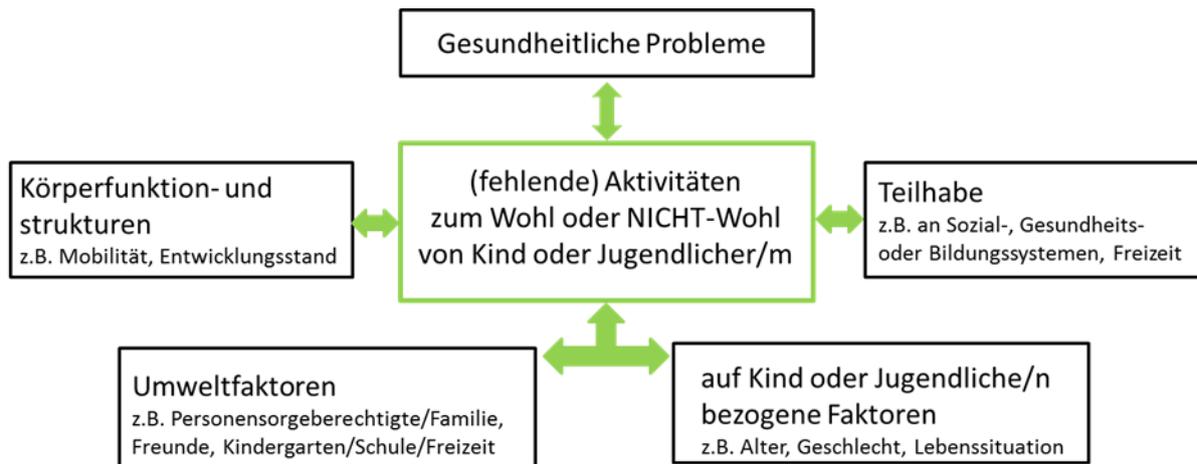
entnommen aus Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010

Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit (siehe Abb. 4)

Kontextfaktoren bzw. personen- und umweltbezogene Faktoren stehen in der Kinderschutzleitlinie in Wechselwirkung zu Kindeswohl und Kindergesundheit. Sie beeinflussen die körperliche, emotionale und seelische Entwicklung und das Wohl der Kinder und Jugendlichen positiv oder negativ.

Positive und negative Einflüsse dieser Kontextfaktoren werden in Bezug auf das Wohl von Kindern und Jugendlichen erfasst und können helfen, eine Gefährdung für Kinder und Jugendliche einzuschätzen. Das Wohl und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, in deren Umwelt Personensorgeberechtigte eine zentrale Rolle einnehmen, werden von deren Belastungen und Ressourcen stark beeinflusst. Diese Belastungen und Ressourcen der Personensorgeberechtigten sind ein wichtiger Faktor zur Gefährdungseinschätzung von Kindern und Jugendlichen.

Abb. 4 Wechselwirkungen Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit



2.2.3 Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ergeben sich für Fachkräfte aus der Kenntnis von Hinweisen und Informationen von Handlungen gegen Kinder und Jugendliche, die körperliche, emotionale Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erfahren oder davon bedroht sind, aber auch aus der Kenntnis, dass Kinder und Jugendliche emotional und körperlich vernachlässigt werden und ihnen Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen versagt bleiben.

Ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung besteht, wenn Kinder und Jugendliche selbst über eine Misshandlungsform berichten und sich offenbaren. Liegt eine solche Offenbarung der Kinder und Jugendlichen nicht vor, so können gewichtige Anhaltspunkte auch anhand von Aussagen Dritter oder auch anhand von Situationen und Befunden bestehen, die von Fachkräften beobachtet und erhoben, danach dokumentiert und ausgewertet und eingeschätzt werden. So können z.B. Verletzungshinweise oder andere Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vorliegen, die zu dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung führen.

Fachkräfte sollen bei jedem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung sowohl den Alters- und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen als auch die Kontextfaktoren berücksichtigen. Kenntnisse zur Identifizierung von sicheren Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung sind genauso unerlässlich wie die Kenntnis über den gesetzlich geregelten Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung sowie die Beratung von Personensorgeberechtigten, Kindern und Jugendlichen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung und auch die gesetzliche Befugnis zur Weitergabe von geschützten Informationen nach Interessenabwägung an das Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.

Dazu gehört auch die Kenntnis der Regelungen des [§ 4 KKG¹](#). Mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten ist die Situation zu erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Für die Dokumentation der Fachkräfte gilt: Es sollen alle Offenbarungen, Aussagen Dritter, beobachtete Situationen, erhobene Befunde und die sich daraus ergebenden Einschätzungen und Diagnostiken für einen gewichtigen Anhaltspunkt dokumentiert werden. Diese Dokumentation beinhaltet sowohl die Einschätzung zum Vorliegen als auch zum Nicht-Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung und soll gleichwohl festhalten, welche Gespräche mit Kindern und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten geführt wurden, um Hilfe und Unterstützungen anzubieten sowie mögliche Gefahren abzuwenden. Bei Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte an das Jugendamt soll dies den Personensorgeberechtigten mitgeteilt werden bzw. benannt werden aus welchen Gründen eine Mitteilung an die Personensorgeberechtigten nicht erfolgte. Der wirksame Schutz des Kindes oder des_der Jugendlichen soll dadurch nicht in Frage gestellt werden.

¹ Das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, KJSG) ist am 10.06.2021 in Kraft getreten. Die entsprechenden Änderungen, die auch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) betreffen, können Sie bspw. der [Synopsis](#) des Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) entnehmen.

2.2.4 Diversitätssensibilität

Jedes Kind und jede_jeder Jugendliche hat unabhängig von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Hautfarbe, Religion, Staatsangehörigkeit, geistiger, seelischer oder körperlicher Behinderung das Recht auf Hilfe und Unterstützung. Die Verschiedenheit darf nicht zu Diskriminierungen führen in der Abwägung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung, bei der Erstellung eines Hilfe- oder Schutzkonzepts muss die Individualität jedes_jeder Kindes und Jugendlichen berücksichtigt werden.



Expertenmeinung *Diversitätssensibilität*

Die Lebenssituationen und Ressourcen von Menschen und die Möglichkeiten, die ihnen offenstehen, sind individuell stark verschieden. Die Achtung dieser Individualität macht einen wesentlichen Bestandteil des professionellen Handelns von Ärzten_innen, Sozialarbeitern_innen, (Kinder- und Jugend-)Psychotherapeuten_innen und Pädagogen_innen aus. Im Kinderschutz, der Anteil an aller professionellen Praxis in der Arbeit mit Kindern und für Kinder hat, gewinnt diese Berücksichtigung individueller Lebenssituationen eine zusätzliche Relevanz. Eine erste Einschätzung, die Diagnostik, Therapie und Entscheidungen über weitere Maßnahmen zum Schutz des einzelnen Kindes sind nur dann adäquat möglich, wenn die Lebenssituation des Kindes und der involvierten Bezugspersonen hinreichend Beachtung findet. Dazu gehört auch die Frage, welche Ressourcen und Barrieren in der Lebenssituation des Kindes wirkmächtig sind.

Diversitätssensibilität bedeutet, diese Individualität der Lebenssituationen von Kindern und ihren Bezugspersonen besonders auch im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit zu berücksichtigen. Von der Diversitätssensibilität der Akteure im Kinderschutz und den von ihnen gemachten Angeboten ist direkt abhängig, ob alle Kinder im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention Schutz vor Misshandlung, sexualisierter Gewalt und Vernachlässigung erfahren können oder nicht.

Soziale Ungleichheit ist in Bezug auf Kinderschutz in unterschiedlichen Dimensionen relevant: Kinder und ihre Bezugspersonen können aufgrund ihrer individuellen Voraussetzungen und Lebenssituationen Diskriminierungen ausgesetzt sein. Diskriminierungen können sich z.B. auf Geschlecht, Alter, sichtbare und unsichtbare Behinderungen, die Religionszugehörigkeit, das finanzielle Auskommen oder den Bildungsgrad und die Bildungschancen von Personen beziehen. Sie können aus rassistischen oder nationalistischen Vorurteilen heraus entstehen. Wiederholte Diskriminierungserfahrungen wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand der Menschen aus, die ihnen ausgesetzt sind. Von Diskriminierung betroffene Kinder und Jugendliche können besonders auch in schulischen Kontexten wiederholter seelischer und körperlicher Misshandlung ausgesetzt sein, die ihre Gesundheit beeinträchtigt.

Damit Kinder sich Angehörigen der gesundheitlichen oder sozialen Versorgung gegenüber offenbaren können, müssen die in der Leitlinie adressierten Berufsgruppen solchen Erfahrungen gegenüber sensibel und ansprechbar sein. Diese Ansprechbarkeit setzt Reflexion voraus. Wer als Mitglied einer sozial privilegierten Personengruppe (Menschen ohne Rassismuserfahrungen, ohne Behinderung etc.) aufwächst und die berufliche Qualifikation durchläuft, muss sich gezielt auch mit Abwertungen auseinandersetzen, die die eigene Person nicht betreffen, um empathisch Hilfe leisten zu können. Im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem bestehen zudem für bestimmte Personengruppen strukturelle Barrieren, die ihnen eine gleichberechtigte Inanspruchnahme unter anderem von Leistungen der Gesundheitsversorgung unmöglich machen. Die Form, in der Informationen und Zugänge zur Gesundheitsförderung und zur Versorgung von Erwachsenen und Kindern in Deutschland zur Verfügung gestellt werden, richtet sich nicht immer an alle Erwachsenen und Kinder. Wenn Informationen z.B. nur schriftlich und mit komplizierten Formulierungen zur Verfügung gestellt werden, können viele Kinder und ihre Bezugspersonen nicht darauf zugreifen. Funktionaler Analphabetismus ist

in Deutschland unter Erwachsenen weit verbreitet (ca. 14 %) und mit starker Scham besetzt. Informationen, Praxen und Beratungsstellen müssen barrierefrei erreichbar sein oder gemacht werden.

In der Gesprächsführung mit Kindern und/oder ihren Bezugspersonen bedarf es einer besonderen Sensibilität, wenn eine Diagnostik oder Intervention im Sinne des einzelnen Kindes erfolgen soll: Die Adressaten_innen der Leitlinie können Kinder (und ihre Bezugspersonen) unterstützen, indem sie die Lebenssituation des Kindes nicht anhand dessen sozialer Gruppenzugehörigkeiten (ökonomisch benachteiligte Menschen etc.) vordefinieren, sondern sich möglichst stereotypenfrei ein Bild in Bezug auf eventuelle Kindeswohlgefährdungen machen. Wenn eine diversitätssensible Gesprächsführung verfolgt wird, können Kinder sich eher anvertrauen. Bezugspersonen können ihre Ansichten, Bedenken und Fragen besser zur Sprache bringen, wenn sie keine Angst vor Abwertungserfahrungen haben.

Auch in Bezug auf Screeninginstrumente muss zusätzlich im Einzelfall berücksichtigt werden, welche Vorstellung von Normalität das Instrument voraussetzt und ob eine Passung zur Lebenssituation der zu screenenden Person besteht. Ist das Instrument beispielsweise nur für eine Sprache validiert, die nicht die Muttersprache des kindlichen oder erwachsenen Gegenübers ist, können die Ergebnisse ebenso verzerrt sein wie in dem Fall, dass einzelne Begriffe/Abbildungen der gescreenten Person völlig unbekannt oder Fragen zu ungenau formuliert sind.

Eine Diversitätssensibilität setzt auch das Bewusstsein für die innere Vielfalt unterschiedlicher Gruppen von Patienten_innen und Klienten_innen voraus: Ebenso wenig, wie die Adressaten_innen der Leitlinie eine homogene Gruppe sind, sind Kinder und ihre Bezugspersonen homogene Personengruppen. Die in der Forschungspraxis bisweilen genutzten Vereinfachungen (z.B. Bildungsherkunft als Gruppenmerkmal) dürfen nicht dazu führen, dass die Vielfalt der Patienten_innen und Klienten_innen in der professionellen Arbeit in Vergessenheit gerät. Bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen soll darauf geachtet werden, im Einzelfall die unterschiedlichen Ressourcen und Barrieren in der Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen zu berücksichtigen, um adäquate Entscheidungen im Sinne des Kindeswohls zu treffen.

Alex Stern
Betroffenenrat

2.3 Rechtsgrundlagen für Fachkräfte

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), bestehend aus sechs Artikeln, ist als Änderungsgesetz am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Es beinhaltet eine Reformation des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) und eine Neuregelung als Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

Im Rahmen der SGB VIII Reform² trat das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG) am 10.06.2021 in Kraft, welches u.a. zu Änderungen des KKG führte.

Das [KKG](#) ist in fünf Paragraphen unterteilt:

§ 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

§ 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

§ 5 Mitteilungen an das Jugendamt

In § 4 KKG sind Erörterungspflichten, Beratungsanspruch und Offenbarungs- und Mitteilungsbefugnis für Berufsgeheimnisträger_innen bei Kindeswohlgefährdung geregelt und sind als fallbezogene Kooperation zu verstehen.

Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG

Wenn einer Fachkraft in Ausübung ihrer_seiner Tätigkeit Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, so sollen sie die Situation mit den Personensorgeberechtigten und den Kindern und Jugendlichen erörtern, soweit das Kind dadurch nicht gefährdet wird. Soweit erforderlich sollen sie auf die Annahme von Hilfen hinwirken.

Zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung haben die Fachkräfte einen Beratungsanspruch durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Zu diesem Zweck sind die Daten bei der Übermittlung zu pseudonymisieren.

Die Fachkraft hat die Befugnis, das Jugendamt zu informieren, wenn sie das Tätigwerden des Jugendamtes zur Abwendung einer Gefährdung für gerechtfertigt hält. Die Betroffenen sind auf die Mitteilung hinzuweisen, soweit dies nicht zu einer Gefährdung des Kindes führt.

Die Änderung des § 4 KKG (Juni 2021) beinhaltet folgenden Zusatz für die Berufsgruppen der Heilberufe (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):

„Die Berufsgruppen der o.g. Heilberufe sollen das Jugendamt unverzüglich informieren, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.“

Außerdem wurde ein Zusatz eingefügt, dass das Jugendamt den mitteilenden Geheimnisträgern_innen, zeitnahe eine Rückmeldung, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist.

² Das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, KJSG) ist am 10.06.2021 in Kraft getreten. Die entsprechenden Änderungen, die auch das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) betreffen, können Sie bspw. der [Synopsis](#) des Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) entnehmen.

Berufliche Schweigepflicht

Die rechtliche Verpflichtung bestimmter in § 4 Abs. 1 KKG genannter Berufsgruppen, ihnen anvertraute Geheimnisse nicht ohne Einwilligung des Betroffenen an Dritte weiterzugeben, ist gerade im Kontext des Schutzes von Kindern und Jugendlichen von elementarer Bedeutung und ergibt sich aus [§ 203 StGB](#) Verletzung von Privatgeheimnissen. Die Schweigepflicht dient dem Schutz des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung, dem Schutz des persönlichen Lebensbereiches und dem Schutz vor Diskriminierung. Das Wissen um die Schweigepflicht erleichtert es den Patienten_innen darüber hinaus, sich gegenüber den Fachkräften zu öffnen – gleichzeitig ist die Schweigepflicht eine Herausforderung für die Kooperation zwischen den Fachkräften in einem laufenden Kinderschutzverfahren.

Fachkräfte können sich auch ohne Einwilligung der_des Patienten_in von einer insoweit erfahrenen Fachkraft beraten lassen – solange dies anonymisiert oder pseudonymisiert geschieht. Besteht nach dieser Beratung noch immer der Verdacht auf eine Gefährdung des Kindeswohls, ist es als **Befugnisnorm nach KKG** möglich, gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt mitzuteilen.

Informationsaustausch mit anderen Fachkräften

Das Bundeskinderschutzgesetz regelt den Informationsaustausch zwischen Berufsheimnissträgern_innen und dem Jugendamt bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, nicht aber den Informationsaustausch der Berufsheimnissträger_innen untereinander.

Der Informationsaustausch zwischen den Fachkräften (Berufsheimnissträger_innen) erfolgt im Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten und unter Entbindung von der Schweigepflicht. Eine Beratung mit anderen Fachkräften kann anonymisiert und pseudonymisiert erfolgen.

Die Änderungen des § 4 KKG (Juni 2021) beinhalten eine Öffnungsklausel, sodass Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln kann.

Tab. 1 Grundlagen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe (in Anlehnung an Bundesministerium für Familie et al. 2014)

	Gesundheitswesen	Kinder- und Jugendhilfe (nach SGB VIII)
Aufgaben, Angebote und Leistungen	<p>Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinderschutzgruppen (OPS 1-945) ▪ Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen ▪ Kinderschutzambulanzen ▪ Schreiambulanzen ▪ Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen ▪ u.a. 	<p>Die Kinder- und Jugendhilfe ist unterteilt in öffentliche und freie Jugendhilfe. Die öffentliche Jugendhilfe ist das Jugendamt. Das Jugendamt ist zuständig für alle Leistungen und Aufgaben nach SGB VIII und hat die Gesamtverantwortung dafür, dass tatsächlich auf örtlicher Ebene die Aufgaben nach dem SGB VIII angemessen wahrgenommen werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zur Verfügung stellen von Angeboten und Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Jugendarbeit (§§ 11 und 12) und der Jugendsozialarbeit (§ 13) ▪ der allgemeinen Beratung und Familienförderung (§ 16) ▪ der Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§ 17) und bei der Ausübung der Personensorge (§ 18) ▪ der Tagesbetreuung für Kinder in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege (§§ 22 ff.) ▪ der Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff.), insbesondere Erziehungsberatung nach § 28, die niederschwellig zugänglich ist ▪ der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a) und der Hilfen für junge Volljährige (§ 41) 2. Das Jugendamt ist ferner für Aufgaben zuständig, die sich aus dem Auftrag zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren ergeben (§ 1), was auch als „staatliches Wächteramt“ bezeichnet wird.
„Schutz-auftrag“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen (Bu-KiSchG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schutzauftrag nach (§ 8a) <p>Das Jugendamt soll präventiv wirken und muss einschreiten, wenn es Kenntnis von konkreten Kindeswohlgefährdungen erlangt (z. B. bei Vernachlässigung oder bei körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche).</p>
Praktische Bedeutung für die Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe- und Unterstützungsbedarf (Erkennen; Angebote vermitteln; zur Annahme der Angebote, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe ermutigen) ▪ Inanspruchnahme einer anonymen und/oder pseudonymisierten Beratung durch die Jugendhilfe (§ 4 KKG, § 8b SGB VIII) ▪ Gewichtige Anhaltspunkte für KWG erkennen und dem Jugendamt mitteilen (wird im Einzelfall ermessen) (§ 4 KKG*) <p><i>*Anmerkung aufgrund Neuerung des KJSG: Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des KKG dem Jugendamt Daten übermittelt haben, hat das Jugendamt in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen, Abwendung der Gefährdung und ggf. Einschaltung des FamG) ▪ Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Geheimnisträger_innen) bei Erhalt von Information über gewichtige Anhaltspunkte für eine KWG (§ 4 KKG*) ▪ Beratung von Fachkräften (§ 4 KKG, § 8b SGB VIII) ▪ Kooperation mit dem Familiengericht, wenn die Personensorgeberechtigten die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ablehnen (§ 1666 BGB Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls) <p><i>*Anmerkung aufgrund Neuerungen des KJSG: Zeitnahe Rückmeldungen an Geheimnisträger_innen geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist (§ 4 KKG)</i></p>

2.4 Rechte von Kindern und Jugendlichen

2.4.1 Kinderrechte

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Kinderrechtskonvention) ist das wichtigste internationale Instrumentarium für Kinderrechte. Mit Ausnahme der Vereinigten Staaten von Amerika wurde die Kinderrechtskonvention am 20. November 1989 inzwischen von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen ratifiziert. Es existiert keine Kinderversion der 54 Artikel umfassenden Ausgabe in der üblicherweise für völkerrechtliche Vertragstexte verwendeten Sprache. UNICEF, die Kinderrechtsorganisation der UN, fasst diese Artikel zu zehn prägnanten Grundrechten zusammen:

- § Jedes Kind hat das Recht auf...**

 1. einen Namen
 2. Gesundheit
 3. Bildung
 4. Spiel und Freizeit
 5. Information und Beteiligung
 6. Schutz vor Gewalt und auf Privatsphäre
 7. Eltern
 8. Schutz vor Ausbeutung
 9. Schutz im Krieg und auf der Flucht
 10. eine besondere Betreuung bei Behinderung

Im Rahmen der vorliegenden Leitlinie wurden die zehn Grundrechte von Kindern zu drei thematisch zusammenhängenden Säulen gebündelt. Im Kontext des medizinischen Kinderschutzes ist auf die Wahrung dieser Rechte von Kindern und Jugendlichen besonders zu achten.

Das Recht, beteiligt und gehört zu werden

Ein Grundrecht von Kindern und Jugendlichen ist die Partizipation an allen sie betreffenden Entscheidungen. Es ist von besonderer Bedeutung, die Kinder und Jugendlichen über die einzelnen Behandlungsschritte einer medizinischen Therapie altersangemessen zu informieren. Kinder und Jugendliche müssen die Möglichkeit bekommen, ihr informiertes Einverständnis zu allen Behandlungsmaßnahmen zu geben. Voraussetzung für ein informiertes Einverständnis ist nicht nur die Aufklärung über die einzelnen Behandlungsabläufe, sondern auch die Erklärung der mit der Behandlung einhergehenden Risiken. Adressat_in der Aufklärung ist grundsätzlich der_die einwilligungsfähige Patient_in, im Falle von einwilligungsunfähigen Minderjährigen sind stattdessen die Personensorgeberechtigten aufzuklären. In jedem Fall muss der_die einwilligungsunfähige Minderjährige zumindest aber miteinbezogen werden. Sollte die Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass die_der Minderjährige nicht einwilligungsfähig ist, ist stets die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig.

Das Recht auf Förderung und Fürsorge

Kinder und Jugendliche haben ein Recht darauf, von ihren Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen angemessen versorgt und gefördert zu werden. Kommen die Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen dieser Verantwortung/Pflicht nicht nach, liegt eine Vernachlässigung vor. Das Versagen

beim Schaffen und Gestalten einer entwicklungsgerechten und unterstützenden Umgebung von Kindern und Jugendlichen gehört zu den häufigsten Formen der Kindesmisshandlung und bleibt doch oft unerkant (Stietenroth, Nowotzin & Oberle 2016).

Das Recht auf Schutz

Kinder und Jugendliche sollen vor Gewalt jeglicher Art geschützt werden. Das bezieht sich nicht nur auf das Recht darauf, eine gewaltfreie Erziehung zu erfahren, sondern auch auf den Schutz vor seelischer Misshandlung, sexueller Gewalt und Kriminalität. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen wird somit zu einer gesellschaftlichen Aufgabe und umfasst sowohl die primäre Prävention als auch die Intervention im Falle einer bereits eingetretenen Kindeswohlgefährdung.

2.4.2 Patientenrechte und Autonomie von Minderjährigen

Eine medizinische Untersuchung und Befunderhebung sind auch ohne eine anschließend erforderliche Behandlung mit einem körperlichen Eingriff bzw. einem Eingriff in die Gesundheit verbunden, weshalb eine Einwilligung der Patienten_innen in der Regel zwingend erforderlich ist. Das Einverständnis zu notwendigen Maßnahmen erfolgt durch den_die einwilligungsfähige_n Minderjährige_n oder den Personensorgeberechtigten.

Im Kontext von Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch können Uneinigkeiten zwischen einem_einer minderjährigen Patienten_in und den Personensorgeberechtigten auftreten und eine Untersuchung wird abgelehnt. Infolgedessen gilt es den Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kindes oder Jugendlichen und dem Sorgerecht der Personensorgeberechtigten abzuwägen. Für die Abwägung sollten die Beratung durch andere Fachkräfte oder bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung die Beratung und Unterstützung des Jugendamtes bzw. des Familiengerichtes in Absprache mit den Kindern und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten erfolgen und eingeholt werden.

Grundlegend sollen Kindern und Jugendlichen alle Informationen über unmittelbare und spätere Konsequenzen für jede Maßnahme alters- und entwicklungsgerecht dargelegt werden, damit Kinder und Jugendliche informiert zustimmen oder ablehnen können.

2.4.3 Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen

Alle Handlungsempfehlungen setzen das Einverständnis der Betroffenen voraus. Das Einverständnis erfolgt durch den_die einwilligungsfähige_n Minderjährige_n oder die Personensorgeberechtigten.

Kriterien für die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger können zum Beispiel die Fähigkeit sein, dem Aufklärungsgespräch aktiv zu folgen, weiterführende Fragen zu stellen und selbstständig auf Besonderheiten der eigenen Lebensführung oder Gesundheit hinzuweisen. Die Bestimmung einer starren Altersgrenze zur Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit ist jedoch mit der Notwendigkeit, in jedem Einzelfall die individuelle Reife des betroffenen Kindes oder Jugendlichen in Bezug auf die jeweilige Tragweite der Entscheidung zu beurteilen, nicht vereinbar. Die Einwilligungsfähigkeit ist nicht nur in Bezug auf die individuellen Voraussetzungen der Minderjährigen zu prüfen, sondern auch im Hinblick auf die konkrete medizinische Maßnahme. Sollte die Prüfung zu dem Ergebnis kommen, dass die_der Minderjährige nicht einwilligungsfähig ist, ist stets die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig.



Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit

- die Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme zu verstehen

(= Einsichtsfähigkeit)

- den Nutzen und die Risiken der medizinischen Maßnahme abzuwägen und eine willensbasierte, eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen

(= Urteilsfähigkeit)

- sein Handeln entsprechend dieser Einsicht zu steuern

(= Steuerungsfähigkeit)

Dabei dürfen an die Einsichts-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen nicht übertriebene Anforderungen gestellt werden, denn Vergleichsmaßstab ist nicht der ideale, sondern der _die durchschnittliche Patient_in.

(Lohse et al. 2018)

2.5 Rechte und Pflichten der Personensorgeberechtigten

Die Rechte und Pflichten von Eltern ergeben sich aus § 1626 BGB. Die Pflege und Erziehung sind demnach das Recht und die den Eltern zuvörderst obliegende Pflicht. Die spezifischen Elternrechte und -pflichten als Personensorgeberechtigte ergeben sich aus den Teilbereichen der elterlichen Sorge. Diese ist in die Personensorge einerseits und die Vermögenssorge andererseits unterteilt. Die **Personensorge** umfasst alle die Person des Kindes betreffenden Angelegenheiten:

- Erziehung
- Pflege
- Beaufsichtigung
- Aufenthaltsbestimmung
- Bestimmung des Umgangs mit anderen Personen
- Unterbringungen, die mit Freiheitsentzug verbunden sind
- Die Wahl der Ausbildung und des Berufes.

Die **Vermögenssorge** umfasst im Gegensatz dazu sämtliche Handlungen, die das Verwalten, Vermehren und Erhalten des Kindesvermögens betreffen. Darüber hinaus übernehmen die sorgeberechtigten Personen auch die **gesetzliche Vertretung** der Kinder. Dazu gehören unter anderem die Anträge bei Behörden, wie An- und Abmeldung von Schulen, oder die Beantragung von Sozialhilfeleistungen. Darüber hinaus ist die Voraussetzung für den Fall einer medizinischen Behandlung oder eines chirurgischen Eingriffs die Einwilligung der Personensorgeberechtigten.

Das Sorgerecht liegt im Regelfall bei der leiblichen Mutter des Kindes. Ist diese verheiratet, haben sie und ihr Ehemann automatisch das gemeinsame Sorgerecht – das gilt auch, wenn dieser nicht der biologische Vater des Kindes ist. Sind die Eltern nicht verheiratet, ist es ihnen seit 1998 möglich, eine gemeinsame Sorgeerklärung abzugeben und somit beide sorgeberechtigt zu werden. Seit 2013 ist es den leiblichen Vätern außerdem möglich, die gemeinsame Sorge auch ohne Zustimmung der Mutter vor dem Familiengericht zu beantragen.

Auch wenn die Eltern getrennt leben, können beide gemeinsam das Sorgerecht innehaben. Die Personensorge wird nicht durch eine eventuell vorhandene Betreuerin bzw. Betreuer eines Elternteils wahrgenommen, das Sorgerecht verbleibt bei der Mutter oder dem Vater, es sei denn, es besteht eine Vormundschaft für das Kind. Bei alleinerziehenden Eltern kann es auch die Konstellation geben, dass ein Elternteil alleine das Sorgerecht hat.

Eine Sonderregelung greift im Falle von minderjährigen Eltern. Teile der elterlichen Sorge werden dann nicht durch die minderjährige Mutter bzw. den minderjährigen Vater getragen, sondern durch einen

Vormund. Die minderjährigen Eltern üben in diesem Fall die gesamte Personensorge aus – sie übernehmen die Pflege, Erziehung, Aufsicht und Aufenthaltsbestimmung ihres Kindes. Der Vormund des Kindes ist wiederum für alle rechtlichen Angelegenheiten verantwortlich und vertritt die Interessen des Kindes im Prozess des Heranwachsens unvoreingenommen und unabhängig von den Eltern oder beteiligter anderer Fachkräfte. Die Amtsvormundschaft erlischt mit der Volljährigkeit der Mutter.

Wenn die elterliche Sorge nicht erfüllt wird

Über die Ausübung der elterlichen Rechte und Pflichten wacht der Staat. Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährdet, liegt es an den Eltern, Maßnahmen zum Schutz der Minderjährigen zu ergreifen. In diesem Fall ist es ihnen möglich, außenstehende Hilfsangebote wie zum Beispiel die des Jugendamts in Anspruch zu nehmen. Können oder wollen die Eltern diese Gefahr jedoch nicht abwenden, dann ergreift der Staat in Form des Familiengerichts Maßnahmen, die zur Gefahrenabwehr notwendig sind. Dieses kann nach § 1666 BGB Maßnahmen anordnen, die von unterschiedlicher Intensität sind und nach dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz abzuwägen sind. Der vollständige Entzug der elterlichen Sorge ist daher ultima ratio.

Gesetzliche Vertretung von Kindern und Jugendlichen

In alltäglichen Angelegenheiten werden die Interessen der Kinder und Jugendlichen durch die Personensorgeberechtigten vertreten. Sind diese nicht in der Lage, erheblichen Schaden von dem Kind abzuwenden, kann ein Eingriff in die elterliche Sorge vorgenommen werden, um Kinder und Jugendliche zu schützen. Werden nur Teilbereiche des Sorgerechts, zum Beispiel das Aufenthaltsbestimmungsrecht, auf eine andere Person übertragen, spricht man von einer Ergänzungspflegschaft. Bei einer vollständigen Übertragung der Personensorge mit oder ohne Übertragung der Vermögenssorge auf eine andere Person spricht man von einer Vormundschaft. Die übertragenen Teilbereiche der elterlichen Sorge werden in einem Betreuungsausweis mit Namen des_ der Kindes_ Jugendlichen und des Vormundes festgehalten.

In rechtlichen Angelegenheiten, das heißt in Verfahren für Familiensachen, ersetzt der Verfahrensbeistand (gemäß § 158 Abs. 5 FamFG) seit dem 01. September 2009 den bisherigen Verfahrenspfleger. Ein Verfahrensbeistand ist für ein Kind im Alter bis 14 Jahre in Kindschaftssachen immer dann zu bestellen, wenn dies zur Wahrnehmung seiner_ ihrer Interessen notwendig ist. Seine Aufgabe ist es, die Interessen des Kindes zu eruieren und als Beteiligte_r in das Verfahren einzubringen. Jugendliche ab 14 Jahre haben die Möglichkeit, sich einen eigenen Rechtsbeistand zu nehmen und sich somit aktiv in das Verfahren einzubringen. Über diese Möglichkeit sind Jugendliche ab 14 Jahren aufzuklären. Der eigene Rechtsanwalt wird dann über die Prozesskostenhilfe abgerechnet (vgl. AG Essen 2002, Beschluss vom 18. Juni 2002, Az. 104 F 80/01 SO und Oberlandesgericht Hamburg 2017, Beschluss vom 2. Mai 2017, Az. 12 WF 70/17).

3 Einführungen

3.1 Geltungsbereich und Zweck

3.1.1 Zielsetzung und Fragestellung

In dem Projektantrag zur Gewährung einer Zuwendung aus den Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit vom November 2014 wird ein unmittelbarer Bezug auf die Empfehlung im Abschlussbericht des Runden Tisches Sexueller Missbrauch genommen. In diesem Bericht heißt es:

„**1. Entwicklung einer übergeordneten S3-Leitlinie**, die auf der Grundlage von Meta-Analysen zu bestehenden Forschungsergebnissen zum Thema ‚Missbrauch, Gewalt und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter‘ erstellt werden sollte. Bislang bestehen Leitlinien auf dem S1- und S2-Niveau (AWMF-S2-Leitlinie ‚**Kindesmisshandlung und Vernachlässigung**‘, AWMF-S1-Leitlinie ‚**Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch**‘). Ein Problem, das sich bei der Entwicklung einer S3-Leitlinie ergibt, ist jedoch, dass für verschiedene Berufsgruppen prinzipiell unterschiedliche Leitlinien notwendig wären, deren Erstellung eine wissenschaftliche Fachgesellschaft bzw. ein Expertengremium überfordert. Zum anderen ist die empirische wissenschaftliche Basis, auf der die Erstellung einer S3-Leitlinie aufsetzt, bislang noch unzureichend. Schließlich ist die systematische Entwicklung einer entsprechenden S3-Leitlinie sehr aufwändig und damit nicht aus Eigenmitteln der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu finanzieren.“

(Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch 2011)

Ausgehend von dieser politisch formulierten Intention wurden folgende Ziele der Leitlinie formuliert:

- Zugewinn an Sicherheit für die Fachkräfte im Erkennen, Beurteilen und Handeln mit möglichen Fällen der unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung.
- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Diagnostik der unterschiedlichen Formen von Kindeswohlgefährdung.
- Sensibilisierung der Fachkräfte für die Partizipation von Kindern und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren.
- Etablierung des Themas Kinderschutz in der Medizin durch die Erstellung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau.
- direkte Einflussnahme aufgrund ihres multiprofessionellen Ansatzes auf den medizinischen Sektor wie auch auf die weiteren im Kinderschutz aktiven und verantwortlichen Partner_innen. Ihre Empfehlungen zum Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung werden sich in jedem Einzelfall anwenden lassen und haben somit eine hohe Wertigkeit sowohl für die Behandler als auch für die Kinder und Jugendlichen selbst.
- Schaffung größerer Handlungssicherheit der einzelnen Partner_innen durch Formulierung von Empfehlungen, die Verfahren im Umgang zwischen den unterschiedlichen Behandlern_innen (Medizin, Jugendhilfe und Pädagogik, soweit man Pädagogik miteinbeziehen möchte) regeln helfen.
- Wissensvermittlung an Mitarbeitende der Jugendhilfe: warum, wann und wie eine Einbeziehung des Gesundheitswesens sinnvoll sein kann.
- Wissensvermittlung an pädagogische Fachkräfte, damit diese in die Lage versetzt werden einzuordnen, welche Schritte sie wann in Bezug auf die Jugendhilfe und auf das Gesundheitswesen unternehmen können.

Im Kinderschutz müssen Fachkräfte aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen eng kooperieren und um die Vorgehensweise der weiteren Partner_innen im Kinderschutz wissen.

3.1.2 Adressaten oder für wen ist diese Leitlinie?

Die Anwenderzielgruppe dieser Leitlinie sind primär die Fachkräfte im Gesundheitsbereich. Darüber hinaus sollen durch die Kinderschutzleitlinie Kindern und Jugendlichen selbst und den Fachkräften der weiteren Versorgungsbereiche das Vorgehen im medizinischen Kinderschutz und deren Möglichkeiten und Grenzen plausibel dargestellt werden. Die Kinderschutzleitlinie richtet sich an alle Partner_innen im Kinderschutz in Bezug auf Kooperation, Beteiligung und Schnittstellenbeschreibung und verfolgt einen grundsätzlichen multiprofessionellen Ansatz. Hierzu wurden Vertreter_innen aller Adressatengruppen in den Entwicklungs- und Konsentierungsprozess aktiv eingebunden.

3.1.3 Verbreitung und Implementierung der Leitlinien

Die Art der verschiedenen Leitlinienprodukte wie auch deren Zugang finden sich im Leitlinienreport unter Punkt 7 Verbreitung und Implementierung der Leitlinie.

Neben den Leitlinienversionen und dem Leitlinienreport, die zum Download bereitgestellt werden, ist zur Verbesserung der Anwendbarkeit sowohl ein Webangebot als auch eine APP (pilani) für Kinder und Jugendliche und Fachkräfte (pilani.de) entwickelt worden. Zusätzlich werden Hilfsmittel wie Kitteltaschenkarten und Ablaufschemata in der Leitlinie und den Homepages der AWMF, der Kinderschutzleitlinie und der DGKiM e.V. zur Verfügung gestellt.

Für die Verbesserung der Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im medizinischen Kinderschutz ist die flächendeckende Implementierung dieser aktuellen, evidenzbasierten Empfehlungen entscheidend. Während der Erstellung der Leitlinie waren Bundesbeauftragte und Bundesministerien beratend tätig. Die Beteiligten an der Kinderschutzleitlinie sind von zentraler Bedeutung für die Implementierung der Leitlinie. Die Leitliniengruppe bildet die Multiplikatoren für die Verbreitung und die Umsetzung der Kinderschutzleitlinie.

Die Vorbereitung der Implementierung begann mit der Fertigstellung der ersten vorläufigen Handlungsempfehlungen im Februar 2017. Öffentlichkeitsarbeit mittels Beiträgen in Fachzeitschriften, Vorträgen auf Kongressen, Symposien, Schulungen und Fortbildungen wurden fortlaufend von Mitarbeitenden des Leitlinienbüros und von Mandatierten genutzt, um erste Ergebnisse der Leitlinienentwicklung zu präsentieren.

Der Fachtag am 30. Januar 2019 wird dazu dienen, die Kinderschutzleitlinie offiziell gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit der Öffentlichkeit zu präsentieren. Zusätzlich informieren die Mandatierten als Multiplikatoren der Leitlinie zu ihren Versorgungsbereichen. Thema des Fachtages werden die Herausforderungen der Implementierung, einer Standortbestimmung im medizinischen Kinderschutz und der Festlegung weiteren Forschungsbedarfs sein.

Unterstützende Materialien wurden erstellt, um die Handlungsempfehlungen zu erklären und die Anwendbarkeit der Leitlinie zu verbessern.

Der finanzielle Rahmen des Drittmittelprojektes beinhaltet nicht die Durchführung und das Monitoring der Leitlinienimplementierung.

3.1.4 Finanzierung der Leitlinie und Darlegung möglicher Interessenkonflikte

Die Erstellung der Kinderschutzleitlinie wird in Höhe von 1.539.241 € aus den Mitteln des Bundeshaushalts, Bereich Kindergesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördert und basiert auf der Empfehlung im Abschlussbericht des Runden Tisches der Kanzlerin zum sexuellen Missbrauch,

beschlossen durch die Bundesregierung am 30.11.2011. Weder durch das BMG noch durch die Universität Bonn wurde die Arbeit des Leitlinienbüros inhaltlich beeinflusst.

Alle Beteiligten wurden während des Leitlinienprozesses aufgefordert, mindestens eine schriftliche Erklärung zu eventuell bestehenden Interessenkonflikten vorzulegen (siehe Anhang 4 des Leitlinienreports). Für ihre ausschließlich ehrenamtliche Arbeit, ohne die die S3-Leitlinie nicht zu realisieren gewesen wäre, ist allen sehr herzlich zu danken.

3.1.5 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Um Inhalte der Leitlinie vor dem Risiko einer Beeinflussung durch Interessenkonflikte einzelner Mandatierter zu schützen, wurden neben der verpflichtenden Einholung und Bewertung aller Interessenkonflikterklärungen weitere protektive Faktoren verwandt:

Pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, d.h., alle Adressaten der Leitlinie aus den unterschiedlichen Versorgungsbereichen im Kinderschutz (Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik) wurden zum frühestmöglichen Zeitpunkt in die Leitliniengruppe integriert. Durch die differenzierte Unterscheidung von Empfehlungen in evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, klinische Konsensuspunkte mit und ohne Plausibilitätsnachweis und Statements wird für den Nutzer größtmögliche Transparenz erreicht. Die Moderation der dreitägigen Konsensuskonferenz erfolgte durchgängig durch Frau Prof. Kopp als Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement mit der entsprechenden Fachkompetenz und Unabhängigkeit.

Eine Übersicht aller bis zum 15.10.2018 vorliegenden Interessenkonflikte mit Angaben zur Teilnahme an der konstituierenden Sitzung, zum Zugang zum CGS-Online-Leitlinienportal und zur Teilnahme an der Konsensuskonferenz ist als Anlage beigefügt (siehe Anhang 5 des Leitlinienreports).

3.1.6 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die AWMF S3+ Leitlinie ist bis zur nächsten Aktualisierung gültig. Die nächste Aktualisierung ist nach fünf Jahren geplant, d.h. im Jahr 2023. Bei dringendem Änderungsbedarf kann eine neue Version oder ein Addendum früher erstellt werden. Verantwortlich für die Aktualisierung ist die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. Kommentare, Hinweise und Unterstützungen für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an die Geschäftsstelle der DGKiM adressiert werden:

Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

c/o Forum Nachhaltigkeit

Oskar-Jäger-Str. 160, 50825 Köln

E-Mail: geschaeftsstelle@dgkim.de

3.2 Epidemiologie in Deutschland

Eine Beschreibung der epidemiologischen Daten zu Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung oder Kindeswohlgefährdungen in Deutschland ist schwierig. Einerseits werden die erfassten Statistiken nicht standardisiert durch die einzelnen Behörden erfasst und andererseits fehlt eine einheitliche Definition für einzelne Begrifflichkeiten. Dadurch unterscheiden sich Statistiken zu Kindeswohlgefährdung in der Kohorte und der Erhebung von Daten.

In diesem Abschnitt werden die Statistiken des Jahres 2017 des Statistischen Bundesamtes zu Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII, Inobhutnahmen und die Polizeiliche Kriminalstatistik zur Meldung von Todesfällen durch Mord, Totschlag, körperlichen Verletzungen mit Todesfolge oder fahrlässiger Tötung dargestellt. Auch die langfristigen Wirkungen und sozioökonomischen Kosten werden diskutiert.

Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII

Laut Statistischem Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2018a) wurden in 2017 143.275 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls (Gefährdungseinschätzungen nach § 8a SGB VIII) durch Jugendämter ermittelt. Die Zahl der Meldungen ist im Vergleich zu 2016 (136.925) um 4,6% gestiegen. Obwohl 2017 mehr Verfahren gemeldet wurden, sind weniger Kindeswohlgefährdungen festgestellt worden als 2016 (-0,1%)³. Für 2017 sind 45.748 Fälle (55.283 einschließlich Mehrfachnennungen) bekannt, bei denen eine akute (21.694) oder latente (24.054) Kindeswohlgefährdung vorlag. In 27.794 Fällen wurden Anzeichen für Vernachlässigung (60,8%) festgestellt. Anzeichen für psychische Misshandlungen wurden in 13.559 Fällen (29,6%) erkannt. Es wurden 11.885 Fälle (26%) gemeldet, in denen Kinder oder Jugendliche Anzeichen für körperliche Misshandlung aufwiesen. Geringfügig seltener (2.045 Fälle; 4,5 %) waren Anzeichen für sexuellen Missbrauch.

In 48.949 weiteren Fällen (+5,0%) kamen die Fachkräfte des Jugendamtes zu dem Schluss, dass zwar keine Kindeswohlgefährdung, aber ein weiterer Hilfe- oder Unterstützungsbedarf vorgelegen habe. In fast ebenso vielen Fällen (48.578) wurde weder eine Kindeswohlgefährdung noch weiterer Hilfebedarf ermittelt (+9,1%)¹.

Kinder unter drei Jahren machten 23,3% innerhalb der durchgeführten Verfahren aus. In 19,2% der durchgeführten Verfahren waren die Kinder drei bis fünf Jahre alt, 22,6% befanden sich im Grundschulalter (sechs bis neun Jahre). Für die Altersgruppe der 10- bis 13-jährigen wurde ein Anteil im Rahmen der Verfahren von 19,3% ermittelt. Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren sind mit 15,7% im Verfahren vermerkt.

Die meisten Fälle wurden durch Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft bekannt gemacht (23,4%), die wenigsten durch Beratungsstellen (1,1%). Die Angehörigen des Gesundheitswesens haben 6,2% der Fälle bekannt gemacht, Schulen 10,1% und Soziale Dienste/Jugendamt 6%. Von Verfahren mit dem Ergebnis einer akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung wurden dem Jugendamt 20,6% von Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft bekannt gemacht, weitere 12,1% durch Schulen, 7,4% durch das Gesundheitswesen und 8,5% durch Soziale Dienste/Jugendamt.

Inobhutnahmen

Die Jugendämter sind berechtigt und verpflichtet, vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen als sozialpädagogische Hilfe in akuten Krisen- oder Gefahrensituationen durchzuführen – sogenannte Inobhutnahmen. Diese sind auf Bitte der betroffenen Kinder, bei einer dringenden Gefahr für das Kindeswohl und nicht rechtzeitiger Einholbarkeit einer familiengerichtlichen Entscheidung oder

¹ In den Klammern sind die prozentualen Veränderungen im Vergleich zum Jahr 2016 angegeben.

bei unbegleiteter Einreise aus dem Ausland zur Inobhutnahme berechtigt und verpflichtet. Bis eine Lösung für die Problemsituation gefunden ist, werden die Minderjährigen vorübergehend in Obhut genommen und gegebenenfalls fremduntergebracht, etwa in einem Heim oder einer Pflegefamilie.

2017 wurden in Deutschland etwa 61.400 solcher Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen durch Jugendämter veranlasst. Jede zweite Inobhutnahme konnte nach spätestens zwei Wochen beendet werden – sowohl bei den Kindern (50%) als auch bei den Jugendlichen (49%) (Statistisches Bundesamt 2018b).

In etwa einem Drittel aller Fälle (20.300) waren Kinder unter 14 Jahre betroffen. Der häufigste Grund für Inobhutnahmen war in dieser Altersgruppe die Überforderung der/s Personensorgeberechtigten (49%). Auch der Schutz vor Vernachlässigung (21%) oder Misshandlungen (14 %) waren Gründe für die Einleitung der Schutzmaßnahme.

In den anderen zwei Drittel (41.100) aller Inobhutnahmen handelte es sich um Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren. Knapp die Hälfte (51%) dieser wurde infolge einer unbegleiteten Einreise aus dem Ausland in Obhut genommen. Von Bedeutung waren auch bei den Jugendlichen Überforderung der/des Personensorgeberechtigten (18%).

43% der vorläufigen Schutzmaßnahmen endeten bei den Kindern unter 14 Jahren mit der Rückkehr zu den Sorgeberechtigten und in 32% einer erzieherischen Hilfe in einem Heim beziehungsweise einer Pflegefamilie. Die Jugendlichen von 14 bis unter 18 Jahren kehrten dagegen deutlich seltener zu den Sorgeberechtigten zurück (19%): Die Inobhutnahmen führten hier am häufigsten zu einer erzieherischen Hilfe in einem Heim, einer Pflegefamilie oder einer anderen betreuten Wohnform (26%). Auch sonstige stationäre Hilfen, beispielsweise in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Krankenhaus, wurden im Anschluss an eine Inobhutnahme in Anspruch genommen (20%). Jede zweite vorläufige Schutzmaßnahme konnte nach spätestens zwei Wochen beendet werden, sowohl bei den Kindern (50%) als auch bei den Jugendlichen (49%).

Polizeiliche Kriminalstatistik

162 Kinder und Jugendliche verstarben im Jahr 2017 in Deutschland laut Polizeilicher Kriminalstatistik an Mord, Totschlag, körperlichen Verletzungen mit Todesfolge oder fahrlässiger Tötung verstorben (Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2018); siehe Tabelle 2).

Tab. 2 Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch eine Straftat in 2017

		Alter (Jahre)						
		bis unter 6	6 bis unter 8	8 bis unter 10	10 bis unter 12	12 bis unter 14	14 bis unter 16	16 bis unter 18
Straftat	Mord § 211 StGB	19	5	6	2	0	1	0
	Totschlag § 212 StGB	28	1	1	0	1	1	2
	Körperverletzung mit Todesfolge §§ 227, 231 StGB	3	0	0	0	0	0	0
	Fahrlässige Tötung § 222 StGB – nicht i.V.m. Verkehrsunfall	62	6	4	3	1	2	14

Stellungnahme zu den Statistiken

Diese Statistiken stellen nicht die tatsächliche Zahl der Kinder und Jugendlichen dar, die 2017 in Deutschland getötet wurden, sondern nur die Fälle, die polizeilich bekannt geworden sind und nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen an die Staatsanwaltschaft oder das Gericht gegeben wurden. Fälle, die nicht an das Jugendamt gemeldet wurden, obwohl eine Person einen gewichtigen Anhaltspunkt oder Verdacht auf Kindeswohlgefährdung hatte, sind demzufolge nicht registriert.

Langfristige Auswirkungen von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch

Misshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch von Kindern und Jugendlichen können sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen haben. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation 2018) listet neben Körperverletzung oder Behinderung oder Tod auch verzögerte kognitive Entwicklung, schlechte Schulleistungen bis hin zum Schulabbruch, psychische Probleme, Selbstmordversuche, erhöhtes Gesundheitsrisikoverhalten, Reviktimisierung und Gewaltausübung auf. Weitere langfristige Folgen, die eng mit dem Vorausgehen einer Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen in Verbindung gebracht werden, sind Essstörungen, Fettleibigkeit, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Obdachlosigkeit sowie Gewalt und kriminelles Verhalten (Hunter 2014). Es sei darauf hingewiesen, dass nicht alle von Missbrauch oder Vernachlässigung Betroffenen aufgrund ihrer Vorgeschichte die gleichen negativen Folgen erfahren und oben genannte Aspekte zeigen. Diejenigen, die mehr als einer Art von Misshandlung und/oder einer längeren Exposition ausgesetzt sind, weisen eher ein höheres Maß an Trauma und schlechtere Ergebnisse auf als diejenigen, die keine Mischformen von Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch und/oder dies über einen kürzeren Zeitraum erfahren haben (Hunter 2014).

Neben den persönlichen und individuellen Folgen gibt es auch gesellschaftliche Auswirkungen durch Misshandlungen, Vernachlässigungen oder Missbräuche von Kindern und/oder Jugendlichen, wie etwa wirtschaftliche Kosten (bspw. Inobhutnahmen, Installation von Hilfen, Therapien). Allein in Deutschland werden die gesellschaftlichen Kosten der Traumafolgen bei gefährdeten Kindern oder Jugendlichen auf 11,1 bis 29,8 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Pro Kopf entspricht dies 134,84 bis 363,50 € (Habetha et al. 2012). Diese Kosten ähneln den Angaben anderer OECD-Länder wie Australien und Kanada (Habetha et al. 2012).

3.3 Grundlagen der Methodik

3.3.1 Formulierung von Schlüsselfragen anhand von PICO-Fragen

Zur Formulierung von Schlüsselfragen wurde eine Fallabfrage der Versorgungsbereiche anhand der Mitglieder einzelner Fachgesellschaften und Organisationen durchgeführt. Anhand der Ergebnisse der Fallabfrage konnten Fallvignetten beschrieben werden. Die Fallvignetten bildeten die inhaltliche Grundlage für die Generierung fallbezogener, übergeordneter Fragestellungen und final für die Formulierung der PICO-Fragen. Nähere Informationen entnehmen Sie dem Leitlinienreport, Kapitel 4, und wir verweisen auf den Anhang 1 „[Transforming cases to PICOs](#)“.

3.3.2 Systematische Literaturrecherche und -bewertung

Es erfolgten eine systematische Leitliniensuche zur Thematik Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch und eine systematische Literaturrecherche in fünf Datenbanken (Pubmed, CINHAL, Embase, PsycInfo, Eric) und in der Cochrane Library. Die relevante Literatur wurde durch zwei separate Reviewer anhand von SIGN oder AGREE II bewertet. Nähere Informationen entnehmen Sie dem Leitlinienreport, Kapitel 4.

3.3.3. Formulierung der Handlungsempfehlungen und strukturierte Konsensfindung

Während des Delphi-Verfahrens mit anschließender Konsensuskonferenz wurden Handlungsempfehlungen formuliert. Handlungsempfehlungen sind sowohl evidenzbasierte Handlungsempfehlungen als auch klinische Konsensuspunkte mit und ohne Plausibilitätsnachweis. Alle Handlungsempfehlungen erhielten einen Empfehlungsgrad (kann/sollte/soll) und wurden auf der Konsensuskonferenz konsentiert. Ein Statement dient der Information und ist ohne Empfehlungsgrad formuliert. Die Kriterien für evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und klinische Konsensuspunkte entnehmen Sie der Tabelle 32 des Leitlinienreports.

3.4 „Was ist neu?“

Entstehung und Entwicklung der Kinderschutzleitlinie

Aufgrund des politischen Willens und der Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit wurde es möglich, dass die Leitlinie in Zusammenarbeit verschiedenster Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten entwickelt werden konnte. Die Beteiligten in der Leitliniengruppe repräsentieren die Versorgungsbereiche Kinder- und Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie und Soziale Arbeit (siehe Abb. 5). Dies ermöglichte es, dass alle Handlungsempfehlungen gemeinsam entwickelt und konsentiert und somit die entsprechenden Schnittstellen berücksichtigt werden konnten.

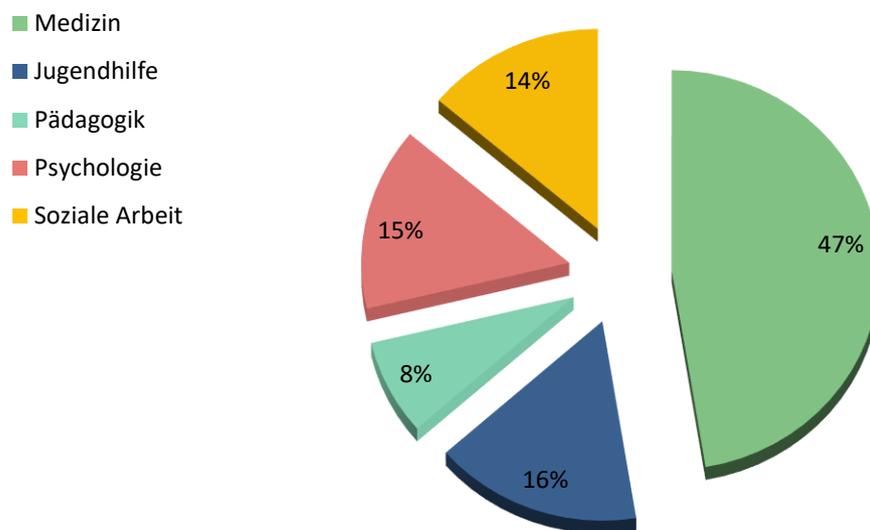


Abb. 5 Kategorisierung der Versorgungsbereiche der teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen (ausgenommen sind Bundesministerien, Bundesbeauftragte, AWMF, UBSKM und Betroffenenrat)

Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Entwicklung der Leitlinie wurden Kinder und Jugendliche besonders berücksichtigt. Der kindzentrierte Ansatz hatte Einfluss auf die angewandte Methodik und die Formulierung der Handlungsempfehlungen. Die besondere Berücksichtigung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen als eigener Themenbereich wurde während der Entwicklung bestätigt. In allen Handlungsempfehlungen ist der Aspekt berücksichtigt worden und soll durch die Leitlinie in der Praxis die ihr zustehende hohe Bedeutung und Umsetzung erfahren.

Vorgehen im Kinderschutzverfahren

Die Leitlinie berücksichtigt die verschiedenen Versorgungsbereiche und soll durch die gemeinsam konsentierten Handlungsempfehlungen zu einer höheren Akzeptanz untereinander und zu einem besseren Verständnis der Vorgehensweisen und Möglichkeiten der Beteiligten führen. In den Handlungsempfehlungen werden das multiprofessionelle Vorgehen im Gesundheitswesen, das „Vier-Augen-Prinzip“ und durch die gemeinsame Entwicklung Lösungsansätze für das Kind oder den_ die Jugendliche_n formuliert.

In den Handlungsempfehlungen wird das Vorgehen unter Berücksichtigung des Bundeskinderschutzgesetzes empfohlen, in dem auch die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt geregelt ist.

Die Erörterung der Situation mit Kindern, Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten ist ein Teil der Gefährdungseinschätzung (§ 4 KKG).

Handlungsempfehlungen für „Erwachsenenmedizin“ mit präventivem Ansatz

Der Themenbereich Screening von Erwachsenen in Notaufnahmen in akut belasteten Situationen bindet damit auch die „Erwachsenenmedizin“ in den Kinderschutz ein. Außerdem sind Handlungsempfehlungen für andere Bereiche entwickelt worden wie für Fachkräfte in der Notaufnahme für Erwachsene, Fachkräfte in der Suchthilfe, Hebammen und Geburtshelfer, Kinderzahnärzte_innen, Psychiater_innen, Psychotherapeuten_innen, Zahnärzte_innen.

Medizinischer Kinderschutz: „Keine Diagnose ohne Prognose“

Der Begriff Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –verachlässigung wird in der Leitlinie als Diagnose definiert: *„Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren“*. Diese Diagnose bezieht sich zunächst auf das Kind und ist als Anhaltspunkt für eine Gefährdung zu verstehen. Es bedarf einer prognostischen Einschätzung in Bezug auf die Entwicklung des Kindes und seiner_ ihrer Umwelt selbst. Dazu soll eine Abwägung von Belastungen und Ressourcen mit Hilfe von Kontextfaktoren nach ICF helfen.

Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung liegt beim Jugendamt.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Medizinische Diagnostik

Es wurden ein neues Röntgen-Skelettscreening und die dazugehörigen Indikationsstellungen neu formuliert. Außerdem wurde eine Übersicht zum strukturierten Vorgehen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch auf Evidenzbasis entworfen.

3.5 Anwendung und Lesbarkeit der Leitlinie

3.5.1 Handlungsempfehlungen, Schlüsselempfehlungen und Symbole

In der Langfassung der Leitlinie sind die Handlungsempfehlungen als evidenzbasiert und als klinischer Konsensuspunkt kenntlich gemacht: lila für eine evidenzbasierte Handlungsempfehlung und grün für eine Handlungsempfehlung als klinischer Konsensuspunkt. Statements sind grau unterlegt. Es sind jeweils die Referenz, der Evidenzlevel und die Konsensusstärke markiert. Handlungsempfehlungen, klinische Konsensuspunkte und Statements sind fortlaufend nummeriert und als **HE/KKP/S Nr.xx** zu erkennen.

Nr. xx Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsensusstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
Quelle: LoE 1-4	Quelle et al. Jahr	Empfehlungsgrad A/B/O*
Referenz	Textauszug	
Quelle et al. Jahr	
LoE: 1-4		
*Konsensusstärke im Einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)		

Nr. xx Klinischer Konsensuspunkt		Konsensusstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
Quelle: LoE 1-4	Quelle et al. Jahr	Empfehlungsgrad A/B/O*
Referenz	Textauszug	
Quelle et al. Jahr	
LoE: 1-4		
*Konsensusstärke im Einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)		

Nr. xx Statement		Konsensusstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
(Quelle: LoE 1-4)	Quelle et al. Jahr	Statement
(Referenz	Textauszug)	
Quelle et al. Jahr	
LoE: 1-4		
*Konsensusstärke im Einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)		



Einzelne Handlungsempfehlungen sind als **Schlüsselempfehlung** gekennzeichnet und nehmen eine bedeutsame Rolle in der Leitlinie ein oder stellen eine Neuerung im medizinischen Kinderschutz dar.



Expertenmeinungen wurden von ehemaligen und aktuellen Mandatierten eingeholt. Sie verfügen über langjährige wissenschaftliche und praktische Expertise und/oder Erfahrungswissen zu den ausgewählten Themen.



Praktische **Tipps** mit Referenz



Gesetzestext



Informationen



Ziele der Handlungsempfehlungen



Definition

3.5.2 Verzeichnis für Abbildungen und Tabellen

Abbildungen und Tabellen der Leitlinie sind mit vollständigem Titel und Seitenverweis aufgelistet.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 Herausforderungen für Fachkräfte.....	11
Abb. 2 Perspektivklärung für Kinder und Jugendliche	12
Abb.3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – Wechselwirkungen	13
Abb. 4 Wechselwirkungen Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit	14
Abb.5 Kategorisierung der Versorgungsbereiche der teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen (ausgenommen sind Bundesministerien, Bundesbeauftragte, AWMF, UBSKM und Betroffenenrat).....	32
Abb. 6 Aspekte der Beteiligung (Pluto et al., 2007)	52
Abb. 7 Partner_innen im Kinderschutz (Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit).....	68
Abb. 8 Demingkreis.....	69
Abb.9 Übersicht zu Regelungen zur Informationsweitergabe in Deutschland.....	79
Abb. 10 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (in Anlehnung an § 4 KKG)	80
Abb. 11 Darstellung der Abrechnungshäufigkeiten der OPS 1-945	89
Abb. 12 Darstellung der Hilfs- und Schutzangebote in Abhängigkeit von den vorhandenen elterlichen Ressourcen und Belastungen.....	98
Abb. 13 Von der Beobachtung zur Abklärung.....	99
Abb. 14 Graphische Darstellung des Bindungsverhaltens (Michel et al. 2014).....	127
Abb. 15 Screeningbeispiel: Hague protocol (Hoytema van Konijnenburg et al. 2016)	195
Abb. 16 Gespräch oder Befragung – Fachkräfte im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen.....	201
Abb. 17 Kategorien zur Bestätigung einer Misshandlung oder eines Missbrauchs	217
Abb. 18 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch.....	218
Abb. 19 Dokumentation, Diagnostik und Vorgehen bei Hämatomen.....	221
Abb. 20 Verteilungsmuster von Hämatomen (siehe auch Kitteltaschenkarte Hämatome Anhang 3) .	222
Abb. 21 Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelles Schädelhirntrauma.....	241
Abb. 22 Strahlenexposition bei Skelettröntgen	252
Abb. 23 Standardisiertes Röntgen-Skelettscreening mit Indikationen und weiterem diagnostischem Vorgehen	253
Abb. 24 Untersuchung, Dokumentation und Odds Ratio bei Verdacht auf retinale Blutungen.....	275
Abb. 25 Kriterien für die Beurteilung der Untersuchung der Augen.....	275
Abb. 26 (zeitlicher) Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	292
Abb. 27 Darstellung zur kindergynäkologischen Untersuchung	299

Tabellenverzeichnis

Tab.1 Grundlagen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe (Bundesministerium für Familie et al. 2014)	20
Tab. 2 Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch eine Straftat in 2017	29
Tab.3 Merkmale bei Kindern oder Jugendlichen, die auf eine emotionale Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung hinweisen können.....	120
Tab.4 Emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale bei vernachlässigten oder emotional misshandelten Kindern differenziert nach Alter (0 bis 6 Jahre) (Naughton et al. 2013)	121

Tab.5 Studienergebnisse aus verschiedenen Ländern, die die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen aufzeigen, die misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wurden.....	136
Tab. 6 Messinstrumente für neonatales Drogenentzugssyndrom nach Orlando 2014	148
Tab. 7 Wahrscheinlichkeit einer nicht akzidentellen thermischen Verletzung	234
Tab.8 Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nicht akzidentellen Schädelhirn-Trauma.....	240
Tab. 9 Odds Ratio für Frakturen.....	255
Tab.10 Übersicht einiger Instrumente, die zur Erkennung von Anzeichen für eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinzugezogen werden können	354
Tab.11 Frage- und Screeninginstrumente zur Erkennung einer Belastung bei der Mutter oder in der Familie	358

3.5.3 Definitionen

In der Leitlinie werden zum einheitlichen Verständnis Definitionen verwendet. In den Handlungsempfehlungen sind die Definitionen mit # gekennzeichnet.

Die Definitionen sind zum Teil vom Kinderschutzleitlinienbüro auf Grundlage der WHO oder der einzelnen Versorgungsbereiche formuliert worden.

Begriff	Definition
Anamnese (ausführlich)	Die ausführliche Anamnese beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese#. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.
	Quelle Kinderschutzleitlinienbüro
Anamneseerhebung (spezifische) bei einem verletzten Kind	Das strukturierte Vorgehen in hierarchischer Ordnung: <ol style="list-style-type: none"> 1. Passt die Verletzung zu der aktuellen Anamnese, dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen? 2. Wird die Anamnese immer gleich erzählt? 3. Gibt es eine verzögerte Vorstellung in der Notaufnahme ohne ausreichende Erklärung? 4. Gibt es Auffälligkeiten in der Ganzkörperuntersuchung? 5. Gibt es eine (andere) ungeklärte Verletzung in der Anamnese? 6. Sind die Eltern-Kind-Interaktion und das Verhalten der Kinder und Jugendlichen angemessen?
	Quelle Kinderschutzleitlinienbüro, adaptiert nach Sittig, J. et al. (2011)
Behinderung	Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.
	Quelle <u>Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)</u> , zuletzt aufgerufen am 31.01.2019
Betreuungssetting	Das Betreuungssetting beschreibt das nahe Umfeld, in dem sich der Indexpatient# überwiegend aufgehalten hat und die Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung erfolgte.
	Quelle Kinderschutzleitlinienbüro
Emotionale Misshandlung	Bei dieser Misshandlungsform beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwertung des Kindes oder der_s Jugendlichen durch negative Einstellung (z.B. grobe, herabsetzende Sprache; inadäquate Strafen; unrealistische Anforderungen) 2. Instrumentalisierung der Kinder und Jugendlichen in elterlichen Konflikten 3. Vermitteln von Schuldgefühlen an Kinder oder Jugendliche 4. Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten <p>Die emotionale Misshandlung geht häufig mit einer emotionalen Vernachlässigung einher und ist eine häufige Form der Kindesmisshandlung, jedoch</p>

	schwer fassbar. Das liegt daran, dass sie kaum sichtbare Spuren hinterlässt und von gesellschaftlichen und innerfamiliären Normen abhängt.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Emotionale Vernachlässigung	<p>Bei der emotionalen Vernachlässigung handelt es sich um andauernde oder extreme Vernachlässigung der Bedürfnisse eines Kindes. Es werden für folgende Bereiche die Bedürfnisse erfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit: Das Bedürfnis nach einem Familienumfeld, das frei von Feindseligkeit und Gewalt ist, sowie dem Bedürfnis nach einer konstant verfügbaren und stabilen Bezugsperson. 2) Das Bedürfnis nach Akzeptanz und Selbstwertgefühl: Das Bedürfnis nach wohlwollender Aufmerksamkeit und der Abwesenheit von extrem negativer und unrealistischer Bewertung. 3) Das Bedürfnis nach altersgemäßer Autonomie und Selbständigkeit: Das Bedürfnis des Kindes, seine Umwelt und außerfamiliären Beziehungen zu erkunden, das Bedürfnis sich innerhalb der elterlichen Grenzen und Regeln individuell zu entwickeln, sowie das Bedürfnis des Kindes, keine unangemessenen Verantwortlichkeiten zu tragen oder Beschränkungen auferlegt zu bekommen. <p>Dabei ist es wichtig einzuordnen in welchem Ausmaß allen Bezugspersonen die Erfüllung dieser Bedürfnisse gelingt.</p>
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro, in Anlehnung (MCS; Barnett et al., 1993)
Fachkraft	Eine Fachkraft ist ein_eine Angehörige_r eines bestimmten Versorgungsbereichs (Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Pädagogik, Psychologie) und verfügt innerhalb des eigenen Fachgebiets/Versorgungsbereichs über entsprechende theoretische und praktische Kenntnisse sowie Fähigkeiten.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Fallbesprechung	<p>Fallbesprechungen werden genutzt, um die Situation des Kindes einzuschätzen und eine mögliche Gefährdungseinschätzung des Kindes vorzunehmen. Die Besprechungen erfolgen zumeist multiprofessionell und dienen der individuellen Lösungsfindung für das Kind und die Familie. Entsprechend ist die Teilnahme der Betroffenen im Einzelfall notwendig.</p> <p>Eine Fallkonferenz im Krankenhaus ist beispielsweise eine Form der Fallbesprechung, die unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einer Vertretung der Jugendhilfe und zumeist der Personensorgeberechtigten mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes stattfindet.</p>
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro und OPS 1-945
Fallkonferenz	Die Fallkonferenz findet im Rahmen der OPS 1-945 unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie eines Vertreters der Jugendhilfe und zumeist des_r Personensorgeberechtigten im Krankenhaus statt. Die Konferenz dauert mindestens 30 Minuten und hat die Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes zum Ziel.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro und OPS 1-945
Familie	Der hier verwendete Familienbegriff entspricht der Pluralisierung unserer Gesellschaft und berücksichtigt die Vielfalt heutiger Lebensformen. Die Autoren der Leitlinie verstehen Familie als privaten Lebenszusammenhang, in dem Menschen verschiedener Generationen in verbindlichen Beziehungen füreinander sorgen.
Quelle	adaptiert www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf
Gesichertes Umfeld	Ein Umfeld, in dem der Schutz des Kindes sichergestellt ist.

	Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Indexpatient		Der Indexpatient ist das Kind, das zuerst im System mit Verdacht auf eine oder mit einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung vorgestellt wird.
	Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Insoweit erfahrene Fachkraft		Die insoweit erfahrene Fachkraft ist die gesetzlich gemäß § 8a und § 8b SGB VIII festgelegte Bezeichnung für die beratende Person zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung und zur Erarbeitung eines Hilfs- sowie Schutzkonzeptes. Die Insoweit erfahrene Fachkraft verfügt über eine Zusatzausbildung.
	Quelle	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. http://www.kinderschutz-in-nrw.de/fileadmin/medien/Materialien/ISA_Kinderschutzfachkr_Web.pdf am 11.10.2018 13:05 Uhr
Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung		- Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren.
	Quelle	Kinderschutzleitlinie
Kindeswohlgefährdung		Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.
	Quelle	BGH FamRZ 1956, 351; BGH 23.11.2016 – XII ZB 149/16
Kontaktkind		Kontaktkinder (0-18 Jahre) sind die Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister, sonstige Verwandte, Kinder und Jugendliche, die denselben Haushalt oder dasselbe Betreuungssetting [#] teilen, in dem die (mutmaßliche) Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung des Indexpatienten [#] bestand.
	Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Körperliche Misshandlung		Unter körperlicher (physischer) Misshandlung können alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen.
	Quelle	Heinz Kindler 2006
Körperliche Vernachlässigung		Physische oder körperliche Vernachlässigung stellt das „Versagen“, bzw. das Unterlassen der sorgeberechtigten Personen dar, für die minimal-notwendige Befriedigung physischer Bedürfnisse des Kindes (Nahrung, Flüssigkeit, Unterkunft, Kleidung, Schutz vor Gefahren oder Schaden) zu sorgen. Die mangelhafte Versorgung mit Nahrung bezieht sich auf eine längerfristige Unterversorgung und nicht auf das ein- oder zweimalige Fehlen von Mahlzeiten. Das Fehlen von adäquater Unterkunft und Kleidung ist kontextspezifisch zu bewerten. Der Schutz vor vorhersehbaren Gefahren oder Schaden umfasst sowohl mangelnde als auch unangemessene Beaufsichtigung oder Gefährdung des Kindes („child endangerment“). Bei der Bewertung der mangelnden Beaufsichtigung ist besonders die Altersabhängigkeit hervorzuheben, da dasselbe Fürsorgeverhalten, das für

	Jugendliche vollkommen adäquat erscheint, im Säuglingsalter als vollkommen inadäquat eingestuft werden kann.
	Quelle Kinderschutzleitlinienbüro, adaptiert Sierau et al. 2014
Menschen mit chronischer Erkrankung	<p>Sozialrechtliche Definitionen erheben nicht den Anspruch, Tatbestände medizinisch und sozialwissenschaftlich umfassend abzubilden, sondern dienen nur der Eingrenzung eines sozialleistungsberechtigten Personenkreises und werden daher aus fiskalischen Gründen bewusst sehr eng gefasst.</p> <p>Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine intensive Betreuung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere Heilberufler_innen sowie eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Außerdem ist chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist. Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, gehören zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen oder koronare Herzkrankheit.</p>
	Quelle Zinsmeister, Köln 2016 BMG, abgerufen am 13.04.2015, 12:21 Uhr http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/strukturierte-behandlungsprogramme.html
Migrationshintergrund	<p>„Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.“</p> <p>Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer; 2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte; 3. (Spät-)Aussiedler; 4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.
	Quelle BAMF, abgerufen 24.10.2017 https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544
Misshandlungsbedingte Kopfverletzung	siehe Nicht akzidentelles Schädel-Hirn-Trauma (NASHT)
	Quelle Kinderschutzleitlinienbüro
Mundgesundheit	Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- bzw. Beschwerdefreiheit aller Organe der Mundhöhle, d. h. der Zähne, des Zahnhalteapparates (Verankerung des Zahnes im Kieferknochen und Zahnfleisch), der Schleimhäute, der Zunge, der Kiefergelenke und der Speicheldrüsen. Sie wird als »Fähigkeit, ein breites Spektrum an Nahrungsmitteln zu kauen und zu essen, deutlich zu sprechen, ein sozial akzeptables Lächeln sowie ein entsprechendes dentofaziales Profil (Ge-

	sicht und Zähne betreffend) zu besitzen, sich im Mundbereich wohl zu fühlen, frei von Schmerzen zu sein und einen frischen Atem zu haben« umschrieben.
Quelle	Robert Koch-Institut
Neonatales Entzugssyndrom (NAS)	<p>Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits-erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter in der Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogenentzugssyndrom beim Kind einer abhängigen Mutter ▪ Neonatales Abstinenzsyndrom <p>Wenn ein Neugeborenes Anzeichen eines Entzugs aufgrund einer Exposition gegenüber psychotropen Substanzen in der Gebärmutter aufweist, spricht man von einer neonatalen Abstinenz oder einem neonatalen Entzug.</p>
Quelle	WHO ICD-10 P96.15
Nicht akzidentelles Schädelhirn-Trauma (NASHT)	Der Begriff nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma soll einen Symptomenkomplex berücksichtigen, der vor allem Verletzungen des Schädelhirns als auch weitere Verletzungen und Frakturen (insbesondere Rippenfrakturen, metaphysäre Frakturen, Rückenmarkverletzungen, retinale Blutungen oder auch Verletzungen der Haut) berücksichtigt.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
OPS 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	<p>Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom [Munchhausen syndrome by proxy] zu kodieren. Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. Die Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.</p> <p><i>Mindestmerkmale:</i></p> <p>Multiprofessionelles Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)</p> <p>Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens drei Disziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialdienst bzw. solchen mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Rechtsmedizin, Chirurgie, Radiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Neurologie und Neurochirurgie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie). Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die oben genannten Berufsgruppen alle folgenden Leistungen erbracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese) ▪ Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung ▪ Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen <p>Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens drei Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation</p> <p>Ggf. Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe</p> <p>1-945.0 Ohne weitere Maßnahmen</p>

	1-945.1 Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten <i>Fallkonferenz</i>
Quelle	https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/op-shtml2015/block-1-90...1-99.htm DIMDI, abgerufen 08.07.2016, 15:33 Uhr
Psychische Belastung	Psychische Belastungen sind die Gesamtheit aller schwierigen äußerlichen Einflüsse, die auf die menschliche Psyche einwirken. Menschen, die großen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, zeigen unter Umständen Symptome psychischen Leidens, wie zum Beispiel psychosomatische Symptome, Schlafstörungen, depressive Symptome u.a. Die Symptome erfüllen jedoch nicht die Vollkriterien einer psychischen Erkrankung.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Psychische Störung	Psychische Störungen umfassen ein breites Spektrum von Problemen mit unterschiedlichen Symptomen. Sie sind jedoch im Allgemeinen durch eine Kombination von gestörten Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet. Zu den Beispielen zählen Depressionen, Angstzustände, Sozialverhaltensstörungen bei Kindern, bipolare Störungen und Schizophrenie. Viele dieser Störungen können erfolgreich behandelt werden.
Quelle	WHO
Psychische Gesundheit	Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.
Quelle	WHO
Psychische Misshandlung	siehe emotionale Misshandlung
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Röntgen-Skelettscreening	Das Röntgen-Skelettscreening bei begründetem Verdacht auf körperliche Misshandlung eines Kindes soll* umfassend und standardisiert erfolgen. Folgende Einzelaufnahmen sollen* durchgeführt werden: 1. Schädel a-p; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p; 4. Oberarm a-p links; 5. Oberarm a-p rechts; 6. Unterarm a-p links; 7. Unterarm a-p rechts; 8. Hand p-a links; 9. Hand p-a rechts; 10. Oberschenkel a-p links; 11. Oberschenkel a-p rechts; 12. Unterschenkel a-p links; 13. Unterschenkel a-p rechts; 14. Fuß d-p links; 15. Fuß d-p rechts. In Abhängigkeit vom Befund der oben beschriebenen Einzelaufnahmen sollen* weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt werden: A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, sollen* 16. Thorax schräg links und 17. Thorax schräg rechts erfolgen. B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, sollen* 18. Wirbelsäule seitlich und 19. Becken und Hüften a-p erfolgen.
Quelle	siehe Handlungsempfehlung Nr. 82
Schütteltrauma	siehe nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Sexueller Missbrauch	Sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

	<p>Diese sozialwissenschaftliche Definition bezieht sich auf alle Minderjährigen. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Sie sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit einverstanden wäre.</p>
Quelle	<p>https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/ Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, abgerufen 13.12.2018, 19:47 Uhr</p>
Sozialanamnese	<p>In der Sozialanamnese werden die gesellschaftliche Position und das soziale Umfeld des_der Patienten_in erhoben. Von Interesse sind dabei zum Beispiel die familiäre und berufliche Situation des_der Patienten_in, seine_ihre privaten Interessen oder auch sein_ihr Freizeitverhalten.</p>
Quelle	<p>Kinderschutzleitlinienbüro</p>
Spezifische Anamneseerhebung bei einem verletzten Kind	<p>Das strukturierte Vorgehen in hierarchischer Ordnung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Passt die Verletzung zu der aktuellen Anamnese und dem Alter des Kindes? 2. Wird die Anamnese immer gleich erzählt? 3. Gibt es eine verzögerte Vorstellung in der Notaufnahme ohne zureichende Erklärung? 4. Gibt es Auffälligkeiten in der Ganzkörperuntersuchung? 5. Gibt es eine ungeklärte (andere) Verletzung in der Anamnese? 6. Sind die Eltern-Kind-Interaktion und das Verhalten angemessen?
Quelle	<p>Deutsche Übersetzung durch L. Kurylowicz (M.Sc PH), nach Sittig, J. et al.: Child abuse inventory at emergency rooms: CHAIN-ER rationale and design, 2011 http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-11-91</p>

3.5.4 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACE	frühe Kindheitsbelastungen (Adverse Childhood Experiences)
ADAMS	Adams-Kriterien für sexuellen Missbrauch
AFET	AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe
AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AGPPS	Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik
AGREE	Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation
AG ZMG	Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischem Unterstützungsbedarf
AKFOS	Interdisziplinärer Arbeitskreis für Forensische Odontostomatologie
AKWLZ	Arbeitskreis für die Weiterentwicklung in der Lehre in der Zahnmedizin
ALTE	Apparent life-threatening events
APD	Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie
APK e.V.	Aktion Psychisch Kranke
APSAC	American Professional Society Abuse Children
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
β-HCG	Humanes Choriongonadotropin
BAG ASD/KSD	Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst, Kommunalen Dienst
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
BAG KSZ	Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren
BAYURO	Bayerische Urologenvereinigung
BeKD	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland
BDNC	Berufsverband Deutscher Neurochirurgen
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BDPM	Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bke	Bundeskongferenz für Erziehungsberatung
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BRUE	Brief Resolved Unexplained Events
BVF	Berufsverband der Frauenärzte
BVF BW	Berufsverband der Frauenärzte Landesverband Baden-Württemberg
BVKJ	Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter
BVÖGD	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
BVVP	Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten
BVVP Hessen	Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten Hessen
BW	Landesverband Baden-Württemberg
BZÖG	Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
CAC	Child Advocacy Center
cCT	Cranielle Computertomographie
CDC	Centre for Disease Control
CGS	Clinical Guideline Services
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
cMRT	Cranielle Magnetresonanztomographie
Com Can	Competence Center Child Abuse and Neglect
Ct	Chlamydia trachomatis
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe
DAkKS	Die Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
DBRD	Deutscher Berufsverband Rettungsdienst
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
DeGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DGAAP	Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie
DGAKI	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
DGfVT	Deutsche Gesellschaft für verhaltenstherapeutisches Training
DGfE	Kommission Sozialpädagogik
DGfPI	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierter Gewalt
DGfS	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

DGIP	Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie
DGK	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
DGKCh	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
DGKiM	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin
DGKiZ	Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
DGKJPP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Medizinische für Medizinische Physik
DGNC	Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
DGS	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DG-SUCHT	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DGZ	Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DHV	Deutscher Hebammenverband
DIJuF	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund
DKSB LV NRW	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Nordrhein-Westfalen

dmf-t	Anzahl kariöser (decayed), wegen Karies entfernter (missing) oder gefüllter (filled) Zähne (teeth) der 1. Dentition
DMF-T	Anzahl kariöser, wegen Karies entfernter oder gefüllter Zähne der 2. Dentition
DNA	deoxyribonucleic acid
DPKK	Deutsches Prostatakarzinom Konsortium
DPTV	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
DTGPP	Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie & psychosoziale Gesundheit
DTPPP	Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik im deutschsprachigen Raum
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
EACMFS	European Board of Oro-Macillo-Facial Surgery
EAU	European Association of Urology
ECC	Early Childhood Caries
EM	Emotionale Misshandlung
EMBASE	Excerpta Medica dataBASE
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ERIC	Education Resources Information Center
ESPN	European Society for Pediatric Neurosurgery
et al.	et alii (und andere)
EV	Emotionale Vernachlässigung
EWFT	Erziehungswissenschaftlicher Fakultätentag
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
FHH	Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie
GEKO	Gendiagnostik-Kommission des BMG
GGFP	Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis
GIN	Guidelines International Network
GPA	Gesellschaft Pädiatrische Allergologie
GPR	Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
h	Stunde/n
HE	Handlungsempfehlung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humane Papillomviren

HSANs	hereditary sensory and autonomic neuropathies
HSV-2	Herpes-Simplex-Virus Typ 2
HE	Handlungsempfehlung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health/Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IEB-Debra	Deutsche Selbsthilfegruppe Epidermolysis bullosa, I.E.B. e.V. Debra Deutschland
INSOFA	insoweit erfahrene Fachkraft
IPP	Institut für Praxisforschung & Projektberatung München
ISM	Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz
ISPCAN	International Society for the Prevention of child abuse & neglect
ISPN	International Society for Pediatric Neurosurgery
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
Kap.	Kapitel
KIS	Klinisches Informationssystem
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KKP	Klinischer Konsensuspunkt
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
KM	Körperliche Misshandlung
KMK	Kultusministerkonferenz
KRK	UN-Kinderrechtskonvention
KSF	Kinderschutzfall
KV	Körperliche Vernachlässigung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KWG	Kindeswohlgefährdung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Niedersachsen
LFBPN	Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
LL	Leitlinie
LPK	Landespsychotherapeutenkammer
RLP	Rheinland-Pfalz
LupE	Ludwigshafener peripartale Erhebungsbogen
MüAH	Münchener AIDS-Hilfe

MRT	Magnetresonanztomographie
N	Größe der Population
n	Stichprobengröße aus einer Population (N)
NAS	Neonatales Drogenentzugssyndrom
NAAT	Nucleic Acid Amplification Testing
NAPPA	Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Pneumologie und Allergologie
NASHT	Nichtakzidentelles (Schädelhirn)Trauma
NG	Neisseria gonorrhoea
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NICHHD	National Institute of Child Health and Human Development
Nr.	Nummer
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
o.g.	oben genannt
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
OHCHR	Office of the High Commissioner for Human Rights, Hoher Kommissar der Vereinten Nationen für Menschenrechte
OI	Osteogenesis imperfecta
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds ratio
p	Signifikanzlevel
PCR	Polymerase chain reaction
PKC	Prone knee-chest
PKN	Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
ProPK	Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes
PTH	Parathormon
PICO	Patient population, Intervention, Comparison, Outcome
P-SANE	Paediatric Sexual Assault Nurse Examiner
PsycINFO	Literaturdatenbank
PubMed	Literaturdatenbank
PV	Positiver Vorhersagewert
QS	Quality Score
RCCAN	Reporting Centers for Child abuse and Neglect
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
RLP	Rheinland-Pfalz

Rö-SS	Röntgen-Skelettscreening
S	Statement
S.	Seite
S1	Klassifikation S1-Leitlinie der AWMF
S2	Klassifikation S2-Leitlinie der AWMF
S3	Klassifikation S3-Leitlinie der AWMF
S-ECC	severe early childhood caries
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SM	Sexueller Missbrauch
StGB	Strafgesetzbuch
STI	Sexuell übertragbare Infektionen
SWGn	Sächsische Wissenschaftliche Gesellschaft für Nervenheilkunde
SWI	suszeptibilitätsgewichtete MR-Sequenz
TV	Trichomonas vaginalis
u.a.	unter anderem
UN	United Nations
U7 bis U11	Kindervorsorgeuntersuchungen
V.a.	Verdacht auf
VAKJP	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland
vs.	im Vergleich zu
WHO	World Health Organization /Weltgesundheitsorganisation
WS	Wirbelsäule
z.B.	Zum Beispiel
25 OHD	25-OH-Vitamin-D3 (Calcidiol)

4 Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz

4.1. Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Partizipation, das heißt Mitdenken, Mitreden, Mitplanen, Mitentscheiden, Mitgestalten und Mitverantworten (Liane Pluto 2007), wird in diesem Kapitel als partnerschaftliche Beteiligung von Kindern und Jugendlichen verstanden. Kindern und Jugendlichen soll gewährleistet werden, bei Entscheidungen im



Abb. 6 Aspekte der Beteiligung (Pluto et al., 2007)

Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung direkt beteiligt zu sein. Dabei dient die Erörterung der Situation mit dem Kind oder der_m Jugendlichen nicht allein dem Zweck der Partizipation, sondern ist auch Bestandteil der Gefährdungseinschätzung. Auch die Möglichkeit einer indirekten Partizipation über einer gewählten Vertretung des Kindes oder des_der Jugendliche_n muss bestehen. Diese Vertretung unterstützt das Kind oder den_die Jugendliche_n und vertritt dessen Interessen.

Um sich beteiligen zu können, muss das Kind oder der_die Jugendliche informiert sein und verstehen, welche Konsequenzen Entscheidungen haben könnten.

Partizipation von Kindern und Jugendlichen ist ein Grundprinzip der UN-Kinderrechtskonvention. Die Konvention (Convention on the Rights of the Child) wurde am 20. November 1988 (United Nations 1989) verabschiedet und bekam bislang von allen Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen, mit Ausnahme der USA (Fang et al. 2012; OHCHR), rechtskräftige Gültigkeit (Bundesministerium für Familie et al. 2012). Damit wird die „Berücksichtigung der Meinung des Kindes“, Artikel 12 Absatz 1 der UN-Kinderrechtskonvention, international verpflichtend durch die Mitgliedstaaten anerkannt und wird das Kind oder der_die Jugendliche als aktives Mitglied der Gesellschaft verstanden (UNICEF Deutschland 1989).

Auch wenn §8 SGB VIII an die Jugendhilfe adressiert ist, so sollte die Partizipation von Kindern und Jugendliche bei anderen Berufsgruppen und in anderen Bereichen einen hohen Stellenwert genießen. Das Achte Sozialgesetzbuch bestimmt bundeseinheitlich die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.



§ 8 SGB VIII Beteiligung von Kindern und Jugendlichen⁴

(1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.

(2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.

(3) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Beratung ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten, solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde. § 36 des

⁴ Änderung des KKG (ab dem 10.06.2021) sind farblich markiert.

Ersten Buches bleibt unberührt. Die Beratung kann auch durch einen Träger der freien Jugendhilfe erbracht werden; § 36a Absatz 2 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.
(4) Beteiligung und Beratung von Kindern und Jugendlichen nach diesem Buch erfolgen in einer für sie verständlichen, nachvollziehbaren und wahrnehmbaren Form.

Für die Einhaltung des § 8 SGB VIII ist die Jugendhilfe verantwortlich. Diese Rechte können allerdings nicht von Kindern und Jugendlichen eingeklagt werden, umso entscheidender ist es darum, dass für die Einhaltung der Rechte Sorge getragen wird.

Anwendbarkeit & Umsetzung

Der Schwerpunkt der Handlungsempfehlungen liegt darin, dass Kinder und Jugendliche geschützt werden können, ohne dabei ihre Meinung zu übergehen. Laut Studien besteht bei Fachkräften Unsicherheit in der Umsetzung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Kinderschutz (Berrick et al. 2015; Cossar et al. 2016; O'Reilly und Dolan 2016; Woolfson et al. 2010). Befragte Kinder und Jugendliche hingegen machen deutlich, dass für sie die Beteiligung an sie selbst betreffenden Verfahren sehr wichtig ist, sie sich dadurch eingeschlossen fühlen und Sicherheit erlangen (Burger 2018).

Für die generierten Handlungsempfehlungen liegt ein hohes Nutzen-Risiko-Verhältnis vor. Laut Vis et al. 2011 hat die Beteiligung von Kindern oder Jugendlichen positive Effekte (z.B. therapeutische Effekte). Negative gesundheitliche Effekte sind nicht bekannt. Aus ethischer wie auch aus rechtlicher Sicht entspricht die Partizipation von Kindern und Jugendlichen den Normen unseres Zusammenlebens. Unter ökonomischen Gesichtspunkten kann bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen ein zusätzlicher personeller Aufwand entstehen. Die Anwendbarkeit und Umsetzung der Handlungsempfehlungen sind in der Praxis uneingeschränkt möglich.



Expertenmeinung

Partizipation von Kindern und Jugendlichen

- Die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren ist rechtlich und fachlich erforderlich.
- Trotzdem ist die Partizipation von Kindern und Jugendlichen noch nicht selbstverständlich, sodass hier ein Verbesserungsbedarf besteht und Fachkräfte dahingehend unterstützt werden sollten.
- Kinder und Jugendliche benötigen Informationen darüber, was mit ihnen im Kinderschutzverfahren geschieht, "sonst besteht das Risiko, dass sie das Kinderschutzhandeln als willkürlich erleben und sie sich der Fachkraft ähnlich ausgeliefert fühlen wie gegenüber der misshandelnden Person".
- Eine altersangemessene Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über das Kinderschutzhandeln reduziert Unsicherheit und ist für die Partizipation wichtig.
- Kinder und Jugendliche nehmen sehr sensibel wahr, ob ihre Einschätzungen, Gefühle und Wünsche wahrgenommen und berücksichtigt werden.

Dr. phil. Mike Seckinger
Deutsches Jugendinstitut e.V.

Evidenzlage

Aus der Durchsicht und Auswahl der Treffer resultierten neun relevante Artikel. In vier Studien wurden Kinder und Jugendliche (6 bis 20 Jahre alt) durch Interviews oder Fragebögen zu ihren Erfahrungen und der Beteiligung im Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung befragt. Zwei Übersichtsarbeiten

fassten diesbezüglich veröffentlichte Literatur zusammen. Goldbeck et al. 2007 untersucht anhand einer randomisierten kontrollierten Studie den Einfluss von Experten-gestütztem Fallmanagement auf die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. In einer norwegischen Studie wurden die Daten aus Archiven der regionalen Sozialämter daraufhin retrospektiv exploriert, ob die Sicht der Kinder und Jugendlichen in den Beschlüssen zu dem Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung berücksichtigt wurden. Für die Regulation von Nähe und Distanz gegenüber einem potenziellen Täter testeten (DePrince et al. 2015), inwiefern zweierlei Interventionsmaßnahmen zur Stärkung von Verteidigungsmechanismen Mädchen vor einer Reviktimisierung schützen (DePrince et al. 2015).

Das Ergebnis der Literaturrecherche bildet die Forderung nach Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Kinderschutz deutlich ab. Studien, die dies anhand von *hard science* messbar und zuverlässig erproben, existieren unseres Wissens nicht. Analytische, induktive Herangehensweisen wurden in den vorhandenen Studien häufiger gewählt, um die Partizipation von Kindern oder Jugendlichen im Kinderschutz zu explorieren. Dies liegt wahrscheinlich an der nicht zu standardisierenden Messgröße. Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Kinderschutzverfahren lässt sich standardisiert nicht erfassen, wodurch die Durchführung von quantifizierenden Studien erschwert wird.

Darüber hinaus müssen ethische Abwägungen bei der Umsetzung eines intervenierenden Studiendesigns beachtet werden.

Handlungsempfehlung: Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Nr. 1 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Kinder und Jugendliche sollen* beteiligt werden¹.

Die Beteiligung¹ hat mögliche positive Effekte: Sie kann therapeutisch wirken (u.a. Selbstwertgefühl, Sinn für Kontrolle, Verbesserung der Beziehung zwischen Kindern/Jugendlichen und beteiligten Fachkräften und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen), die Effektivität einer Intervention steigern, eine individuellere Betreuung erlauben und erhöht die Sicherheit durch die frühe Erkennung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung.

¹ Beteiligung am/an: Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Kommunikation, Regeln für Nähe und Distanz, Beschwerdemanagement, Umgangsgestaltung, weiteren Verbleib.

Quelle: Vis 2011

LoE 1-



Empfehlungsgrad A*

Referenz

Vis 2011

LoE: 1-

Textauszug

We found some examples in the reviewed articles that the process of participation resulted in (a) relationships with social workers, children's advocates or family members may be strengthened; (b) successful participation may lead to an increase in self-esteem; and (c) participation is associated with increased sense of mastery and control.

We found that child participation in child protection procedures may have subsequent health effects: (a) because the participation procedure itself is therapeutic; (b) because participation leads to better decisions and tailoring of services; and (c) because it helps to keep children safe by discovering and substantiating cases of abuse and neglect.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.1

Zu dem Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gehören unter anderem auch Untersuchungen von Kindern oder Jugendlichen. Eine Untersuchung setzt das Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus, es sei denn, die Untersuchung ist im Rahmen einer lebensrettenden Maßnahme notwendig. Bei einer Untersuchung muss das Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen, bzw. der Personensorgeberechtigten eingeholt werden.

Eine Ablehnung der Untersuchung kann unterschiedliche Gründe haben, die auch mit dem stattgehabten Vorfall zu tun haben können oder Teil der Verarbeitung des Erlebten sein können. Um einer Ablehnung aus Unwissenheit und fehlender Aufklärung vorzubeugen, sollten Kinder und Jugendliche über die Relevanz der Untersuchung umfassend informiert und sollte diese angemessen erklärt werden.



Vier „Leitprinzipien, die nach ethischen Grundsätzen und Menschenrechtsstandards“ in der gesamten Situation der ärztlichen Erstversorgung beachtet werden sollen.

- Das Kindeswohlprinzip (Art. 3 UN-KRK, § 1697a BGB): Schutz und Förderung von Sicherheit, genaues Zuhören ohne Bewertung und Vertrauensschutz sind zentrale Aspekte.
- Das Prinzip des Beachtens der sich entwickelnden Selbstbestimmungsfähigkeiten von Kindern und Jugendlichen: Es wird gefordert, dass altersangemessene Informationen, informierte Zustimmung, Respekt der Autonomie und Wünsche von Kindern, deren Beachtung ausbalanciert werden müssen mit dem Kindeswohlprinzip. Außerdem sollen Wahlmöglichkeiten bei mehreren medizinisch angemessenen Vorgehensweisen angeboten werden.
- Das Prinzip der Nicht-Diskriminierung in Bezug auf Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung, sexuelle Identität, Behinderung oder sozioökonomischen Status.
- Das Prinzip der Beteiligung an Entscheidungen.

(Lohse et al. 2018)

Nr. 2 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Fachkräfte sollen* Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den_die Jugendliche_n treffen.

Quelle: Cossar et al. 2014; Pölkki et al. 2012; van Bijleveld et al. 2015; Woolfson et al. 2010



Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Cossar et al. 2014

LoE: 3

They wanted workers who would listen, before coming to a judgement or offering advice. Carol, aged 12, said of her social worker ‘a good listener... she just listens and tries not to get the words muddled around’.

Pölkki et al. 2012

LoE: 3

The children hoped that social workers would take a genuine interest in them, listen to them and take their opinions and wishes into consideration. Children aged 12 years or older must be given an opportunity to express their views in child-welfare cases concerning them; and younger children should also be listened to.

van Bijleveld et al. 2015

LoE: 4

Some studies found that children generally have the feeling that they are being listened to and given the opportunity to report their views (Buchanan 1995; Bell 2002; Cashmore 2002). However, this did not mean they participated in decision-making or that their views had a central position within the decision making process.

Woolfson et al. 2010

LoE: 3

Three of the participants found it helpful; while five commented they were confused and felt they were not listened to.

Nr. 3 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Kinder und Jugendliche sollen* die Möglichkeit bekommen, ihre Gefühle, Meinungen oder Wünsche in Bezug auf eine Behandlung, Unterbringung, polizeiliche Anzeige und darauf, welche nächsten Schritte während des Kinderschutzverfahrens auftreten, zu äußern.

Quelle: Woolfson et al. 2010

LoE 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Woolfson et al. 2010

LoE: 3

Textauszug

None of the eleven participants was certain about what to expect when the investigation began, due to lack of knowledge of the CPS.

Nine of the young people felt that they had the opportunity to share their thoughts to some extent. In eight instances, the child or young person did not really understand the process because they were not fully informed about what was happening.

While four children and young people felt confident about their understanding of what would happen—this was due to being well informed about procedures and being given options about possible courses of action – the others had little understanding of potential outcomes.

There was a common level of dissatisfaction with the investigation process itself, typically due to lack of information and lack of understanding.

The perceptions of children and young people are important; taking their views into account could help them feel connected and committed to the process, possibly resulting in a better outcome for them and their family.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.3

Kinder oder Jugendliche haben das Recht und die Freiheit, beteiligt zu werden. Das bedeutet, sie haben die Möglichkeit, mitzudenken, mitzureden, mitzuplanen, mitzuzentscheiden, mitzugestalten und mitverantwortlich zu sein. Dies gilt bei jedem neu eingeleiteten Schritt im Ablauf des Kinderschutzverfahrens.

Kinder und Jugendliche sollen die Möglichkeit bekommen, partizipativ auf das Vorgehen vorbereitet zu werden. Dazu gehören das Informieren und Erklären des Vorgehens und der nächsten Schritte. Die Erörterung mit den Kindern und Jugendlichen ist Teil der Gefährdungseinschätzung.

Nr. 4 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Falls den Wünschen oder Forderungen der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren nicht nachgekommen werden kann, sollen* ihnen die Gründe dafür verständlich erläutert werden.

Quelle: Van Bijleveld et al. 2015

LoE 4

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Van Bijleveld et al. 2015

LoE: 4

Textauszug

Children and young people said that when social workers valued their views, took their concerns seriously and provided realistic options, they felt good about themselves and valued (Leeson 2007; Bessell 2011).

It was more important that they were listened to than that they actually got what they wanted (Cashmore 2002). Conversely, children felt powerless when plans were not implemented and when their concerns were not addressed (Munro 2001; Barnes 2012).

Moreover, young people felt that if they had the opportunity to have a say, there would be a greater chance of a successful placement, a supportive relationship with their social worker and more positive experiences at school (Bessell 2011).

As a specific suggestion, they said that outcomes, agreed upon by all parties, should be carried out or, when this does not occur, some explanation should be given to the child concerned. Furthermore, children and young people should have more opportunity.

Nr. 5 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Fachkräfte sollen* mit Kindern und Jugendlichen auch einzeln, ohne die Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen, sprechen.

Quelle: Cossar et al. 2014

LoE 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Cossar et al. 2014

LoE: 3

Textauszug

Some of the young people commented on the awkwardness of being asked questions in front of parents. Zoe, aged 15, was angry to be asked whether her mum was a good mum, 'I felt I had to say she was'. Another young person Lucy, aged 14, said 'I didn't lie but there was a sense of awkwardness when you know you should say something but you don't want to say it in front of certain people'.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.5

Ziel des Einzelgespräches ist die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren. Hierbei können Fragen der Kinder und Jugendlichen beantwortet werden und sie können über mögliche nächste Vorgehensschritte oder auch Behandlungen informiert werden. Das Gespräch dient auch der Klärung, welche Vorstellungen Kinder und Jugendliche selbst haben und ist Teil der Gefährdungseinschätzung.

Das Gespräch kann auch dazu führen, dass sich Kinder und Jugendliche zu einem stattgehabten Vorfall äußern. Dies wird von der Fachkraft dokumentiert. In diesem Fall ist es wichtig, Kindern und Jugendlichen zuzuhören und ihre Äußerungen ernst zu nehmen. Das Gespräch sollte nicht stimuliert werden. Verständnisfragen sind erlaubt, solange dem Kind damit nicht geschadet wird (z.B. Auslösen einer Re-Traumatisierung). Auch hierbei kann es für Kinder und Jugendliche von Bedeutung sein, warum die Äußerungen dokumentiert werden. Daher ist es sinnvoll, die Gründe dafür zu erläutern. Beispiele dafür sind:

- Andere Fachkräfte, die in den Fall involviert sind, können sich das Gespräch anhören, ansehen oder lesen.
- Die Aufzeichnung kann helfen, besser zu verstehen, was geschehen ist.
- Die Aufzeichnung hilft mir, nicht zu vergessen, was Du gesagt hast.

Das Einzelgespräch kann auch dafür genutzt werden, eine **Vertretung für das Kind oder den_die Jugendliche im Kinderschutzverfahren** zu organisieren. Eine Vertretung hat die Aufgabe, für die Interessen der Kinder und Jugendlichen einzustehen. Im Kinderschutzverfahren sollte diese Person das Kind oder den_die Jugendlichen unterstützen und die Interessen vertreten.



Vertretung von Kindern und Jugendlichen

Die Vertretung (anders als gesetzliche Vertretung) sollte möglichst vom Kind vorgeschlagen werden, aber zumindest das Einverständnis für die Interessenvertretung von dem Kind oder dem_der Jugendlichen erhalten haben. Die Vertretung unterstützt und setzt sich für die Interessen des Kindes oder des_der Jugendlichen ein. Dabei sollte keine Doppelrolle eingenommen werden. Personensorgeberechtigte müssen nicht zwangsläufig die Vertretung ihres Kindes sein.

Risiko! Eine potenzielle Gefahr besteht, wenn Kinder oder Jugendliche ihre Personensorgeberechtigten als ihre Vertretung bestimmen und diese unter Verdacht stehen, für die Misshandlung, den Missbrauch und/oder die Vernachlässigung verantwortlich zu sein. Dies stellt ein Risiko bei der Einbeziehung und Achtung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen dar. In solchen Situationen ist zu überlegen, auch unter Beteiligung einer insoweit erfahrenen Fachkraft im Kinderschutz nach § 4 KKG, ob es eine Möglichkeit gibt, dem Kind oder dem_der Jugendlichen den Nutzen einer weiteren Vertretung zu verdeutlichen.

Nr. 6 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Fachkräfte sollen* Kindern und Jugendlichen die Inhalte des Kinderschutzverfahrens angemessen erklären, unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und der Situation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden.



Quelle: Cossar et al. 2014; Goldbeck et al. 2007
LoE 1- bis 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Cossar et al. 2014
LoE: 3

Textauszug

This study suggests that taking account of a child's age and understanding is necessary but not sufficient in assessing what level of participation in social work processes is appropriate.

Goldbeck et al. 2007
LoE: 1-

Participants reported that the children in the intervention group were provided with legal information significantly less frequently (17% vs. 45%, $p = .02$) and that information about the probable consequences of the planned intervention was withheld significantly more frequently (31% vs. 11%, $p = .04$), compared with the children in the control group.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.6



Expertenmeinung

Begriffsbestimmung Partizipation/Teilhabe

Der Begriff Partizipation im Sinne von Teilhabe ist die Übersetzung des englischen Begriffs „participation“, wie er von der WHO eingesetzt und in der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health/Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) definiert wird. Er basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit. Die ICF definiert das Konstrukt wie folgt. „Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.“

Neben Körperfunktionen und Körperstrukturen werden mit der ICF Aktivitäten und Partizipation des betroffenen Menschen eingeschätzt, beschrieben und klassifiziert, darüber hinaus auch physische und soziale Umweltfaktoren. Die Umweltfaktoren beziehen sich auf die physische Umwelt wie auch die soziale Lebenswelt, wobei jeweils fördernde Faktoren (Ressourcen) und behindernde Faktoren (Barrieren) gemeinsam mit Familie und Kind identifiziert werden. Mit der Anwendung der ICF werden

explizit die Aktivitäten und Teilhabe des Kindes in den Fokus der Versorgung gerückt. Die ICF bringt Patienten und Angehörige in die aktive Rolle von Mitwirkenden. Dies geschieht in der Regel mit der Frage, ob das Kind in allen Entwicklungs- und Lebensbereichen gute Chancen hat, vergleichbar mit anderen Kindern an Lebenssituationen teilzunehmen und Zugang zu ihnen zu haben. Seltener wird hier überprüft, ob das Kind an allen Entscheidungen angemessen beteiligt wurde; es wird quasi vorausgesetzt, dass das der Fall ist.

Die ICF ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Beratung und Verordnung von Leistungen gesetzlich verankert. Sie bildet das konzeptionelle und begriffliche Bezugssystem für SGB IX/Bundesteilhabegesetz. Eine spezifische für Kinder und Jugendliche entwickelte Version (ICF-CY) steht in deutscher Sprache seit 2011 zur Verfügung.

In der Jugendhilfe ist „Partizipation“ im Sinne von Beteiligung im SGB VIII verankert. Festgeschrieben ist hier, dass Kinder und Jugendliche nicht nur ein Recht auf Information und darauf haben, dass ihre Meinung gehört wird, sondern auch, dass sie entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der (öffentlichen) Jugendhilfe zu beteiligen sind. Es geht hier um transparente Beteiligungs- und Aushandlungsprozesse für Hilfen und Maßnahmen, die sich an Bedürfnissen und Ressourcen der Kinder und Jugendlichen zu orientieren haben. Im Bereich des Kinderschutzes sind Kinder und Jugendliche dementsprechend in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen. Partizipation wird als mehrstufiges Konzept verstanden, das von Teilhabe und Information über Mitwirkung bis hin zur Mitbestimmung führt. Dabei ist die entsprechende Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen ebenso wichtig wie das Berücksichtigen der Verantwortung für Entscheidungen, die nicht letztlich Kindern übertragen werden darf. Im Kinderschutz dürfen die Beteiligung und Mitbestimmung nicht zu einer Gefährdungslage für die Kinder/Jugendlichen führen.

Mit einer „Beteiligung von Kindern an allen sie betreffenden Angelegenheiten“ ist eine Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) verbunden. In der KRK ist das Recht des Kindes auf Partizipation in zahlreichen Artikeln verankert. Die Kernvorschrift ist Artikel 12. Sie besagt, dass jedes Kind das Recht hat, seine oder ihre Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern. Die Meinung des Kindes muss angemessen und entsprechend dem Alter und der Reife des Kindes berücksichtigt werden. Diese Vorgabe soll in allem staatlichen und nicht staatlichen Handeln, also z.B. vor dem Familiengericht, durch das Jugendamt als Wächter über das Kindeswohl und in allen Maßnahmen der Förderung der Entwicklung von Kindern umgesetzt werden und hat ihren Ausdruck in Gesetzen, Verfahrensanweisungen, Normen und Qualitätsanforderungen gefunden. Der Kinderrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat betont, dass es sich bei dem Recht auf Beteiligung nicht nur um ein einzelnes Recht, sondern zugleich um ein allgemeines Prinzip handelt, das bei der Umsetzung aller Kinderrechte zu beachten ist. Insbesondere bei der Verwirklichung des Vorrangs des Kindeswohls müssen die Meinung und der Wille des Kindes alters- und reifeangemessen berücksichtigt werden. In welchem Umfang die Beteiligung/Teilhabe in allen Prozessen, die Kinder betreffen, dokumentiert und beobachtet werden, ist Aufgabe der Bundesregierung, indem sie der UN jeweils berichten muss, wie weit die Umsetzung der KRK vorangeschritten ist.

*Prof. Dr. med. Ute Thyen (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.)
mit Unterstützung von Jessika Kuehn-Velten (Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.)
und Prof. Dr. phil. Jörg Maywald (Deutsche Liga für das Kind)*

Nr. 7 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Kindern und Jugendlichen soll* die (zeitweilige) Teilnahme an der Fallkonferenz[#] ermöglicht werden; falls sie nicht teilnehmen möchten, soll* ihnen angeboten werden, sich durch eine andere Person (z.B. Bezugspersonen, Fachkräfte) vertreten zu lassen.

Quelle: Cossar et al. 2014; Pölkki et al. 2012; Woolfson et al. 2010; Vis et al. 2011

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Cossar et al. 2014
LoE: 3

Textauszug

(...) Young children, as well as adolescents, need information from professionals about the child protection process appropriate to their individual circumstances, and the chance to participate.

This study suggests that taking account of a child's age and understanding is necessary but not sufficient in assessing what level of participation in social work processes is appropriate.

Pölkki et al. 2012
LoE: 3

Children should be able to access information about the processes and goals at their own level of development, and the age of the child should be taken into consideration in every phase of the work.

Vis et al. 2011
LoE: 1-

Barnes (2007) found that participation helps children to maintain contact with their family of origin, to solve problems with their carers and, where necessary, to oppose or negotiate decisions of local authorities (examples included change of placement, accommodation and finance, and bullying). When children participate in planning and problem-solving, it can help to bring children's agenda to the fore, so increasing the likelihood of successful implementation.

These findings suggest that expert assessments cannot be a substitute for children speaking for themselves.

Woolfson et al. 2010
LoE: 3

Of course, a young person's understanding depends on their age and stage of development, and if there are good reasons to think that a particular child's understanding is limited in some way (e.g. due to learning difficulties), then a discussion with them about their register status may be inappropriate. In general, however, a typically developing child aged twelve years and older would have the understanding required. At all levels, adequate information is crucial for the child or young person's genuine participation in the process.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.7

Ziel und Zweck der Fallkonferenz sollen den Kindern und Jugendlichen verständlich gemacht werden, bevor sie (zeitweilig) an der Fallkonferenz teilnehmen. Besteht der Verdacht, dass die Personensorgeberechtigten für eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung (mit-)verantwortlich sind, ist auf eine mögliche Konfrontation in der Fallkonferenz hinzuweisen und für diese Situation sensibel zu sein.

Die (zeitweilige) Teilnahme an der Fallkonferenz ist für Kinder und Jugendliche freiwillig. Alternativ kann eine Vertretung für sie oder mit ihnen an der Fallkonferenz teilnehmen. Die Wahl der Vertretung sollte eine für das Kind vertrauensvolle Person sein.



Vertretung von Kindern und Jugendlichen

Die Vertretung (anders als gesetzliche Vertretung) sollte möglichst vom Kind vorgeschlagen werden, aber zumindest das Einverständnis für die Interessenvertretung von dem Kind oder dem_der Jugendlichen erhalten haben. Die Vertretung unterstützt und setzt sich für die Interessen des Kindes oder des_der Jugendlichen ein. Dabei sollte keine Doppelrolle eingenommen werden. Personensorgeberechtigte müssen nicht zwangsläufig die Vertretung ihres Kindes sein.

Risiko! Eine potenzielle Gefahr besteht, wenn Kinder oder Jugendliche ihre Personensorgeberechtigten als ihre Vertretung bestimmen und diese unter Verdacht stehen, für die Misshandlung, den Missbrauch und/oder die Vernachlässigung verantwortlich zu sein. Dies stellt ein Risiko bei der Einbeziehung und Achtung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen dar. In solchen Situationen ist zu überlegen, auch unter Beteiligung einer insoweit erfahrenen Fachkraft im Kinderschutz nach § 4 KKG, ob es eine Möglichkeit gibt, dem Kind oder dem_der Jugendlichen den Nutzen einer weiteren Vertretung zu verdeutlichen.

Definition Fallkonferenz



Eine **Fallkonferenz** findet im Rahmen der OPS 1-945 unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie eines Vertreters der Jugendhilfe und zumeist des_der Personensorgeberechtigten im Krankenhaus statt. Die Konferenz dauert mindestens 30 Minuten und hat die Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes zum Ziel.

Nr. 8 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

In der Fallkonferenz[#] sollen* Kinder und Jugendliche unterstützt werden, das Kinderschutzverfahren und dessen Ziele zu verstehen.

Quelle: Pölkki et al. 2012

LoE 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Pölkki et al. 2012

LoE: 3

Textauszug

If a child is present at the meetings, she or he is assisted in understanding what is taking place; otherwise there is no way to build a trusting relationship.

Social work should be organised in such a way that it enables social workers to meet children many times and spend enough time with them.

Children should be able to access information about the processes and goals at their own level of development, and the age of the child should be taken into consideration in every phase of the work.

Nr. 9 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Eine gute Beziehung zu den Fachkräften ist wichtig für die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren. Die Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu den Fachkräften sollte* daher kontinuierlich, organisiert und mit der erforderlichen Zeit aufgebaut werden.

Quelle: Pölkki et al. 2012, Van Bijleveld et al. 2015

LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Pölkki et al. 2012

LoE: 3

Van Bijleveld et al. 2015

LoE: 4

Textauszug

Social work should be organised in such a way that it enables social workers to meet children many times and spend enough time with them.

In most studies, the children and young people stress the importance of having a positive relationship with the social worker (Leeson 2007; McLeod 2007; McLeod 2010; Winter 2010; Barnes 2012; Jobe & Gorin 2012).

Children and social workers both agree that the relationship between the young person and the case manager is the most important factor for successful participation.

Nr. 10 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung & KKP		Konsens (94%)
Der Wunsch von Kindern und Jugendlichen, nicht in das Elternhaus zurückkehren zu wollen, soll* im Kinderschutzverfahren respektiert und umgesetzt werden.		
Fachkräfte, die von diesem Wunsch erfahren, sollen* die Kinder und Jugendlichen in der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterstützen. (KKP)		
Quelle:	Rücker et al. 2015; Vis und Fossum 2013	
LoE 2- bis 3		Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Rücker et al. 2015

LoE: 3

Von den 52 beteiligten Kindern und Jugendlichen gaben 27 (52%) an, bei wichtigen Entscheidungen während der Inobhutnahme nicht nach ihrer Meinung gefragt worden zu sein. 26 Kinder und Jugendliche (50%) wollten nach der Inobhutnahme nicht ins Elternhaus zurückkehren. In 11 Fällen (42.3%) fand eine Rückführung ins Elternhaus trotzdem statt.

Die Gruppe ohne Rückkehrwunsch weist außerdem signifikant höhere Werte im Bereich der körperlichen Vernachlässigung auf ($t = 3.078$; $p = 0.003$).

Körperliche Misshandlung liegt ebenfalls signifikant stärker ($t = 3.809$; $p = 0.000$) in der Gruppe ohne Rückkehrwunsch vor.

Vis und Fossum 2013

LoE: 2-

Children's views appear to be quite effective in precluding certain decisions about care. However, a child's view appears to have less impact if the child requests a specific change. The number of visitations allowed to a child's parents seemed to be set fairly independently of what the child wanted.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.10

Jedes Kind hat das Recht, zu seinem Schutz durch ein Jugendamt in Obhut genommen zu werden (§ 42 SGB VIII). Es reicht aus, dass das Kind oder der/die Jugendliche diese Bitte äußert (vgl. Wiesner 2015, Kinder- und Jugendhilfe Kommentar. 5. Auflage, München, § 42 Randziffer 7). Das Jugendamt ist berechtigt, sofort zu handeln und kann eine Inobhutnahme erwirken.

Der telefonische Kontakt zu Jugendämtern oder auch Inobhutnahmestellen erfolgt zu den angegebenen Bürozeiten. Außerhalb der üblichen Bürozeiten gibt es in vielen Regionen Bereitschaftsdienste des Jugendamtes, deren Rufnummern bei der Polizei, im günstigen Falle auch bei der Kinderschutzgruppe des örtlichen Krankenhauses hinterlegt sind. Darüber hinaus sind auch die insoweit erfahrenen Fachkräfte nach § 8a SGB VIII bzw. § 4 KKG, Erziehungsberatungsstellen nach [§ 28 SGB VIII](#) oder stationäre Jugendhilfeeinrichtungen ansprechbar und sicherlich bereit, den Kontakt herzustellen.

Nr. 11 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (94%)

Jugendliche, die eine Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung erfahren haben, sollen* die Möglichkeit bekommen, an einer Intervention (Nähe und Distanz zu potenziellen Tätern_innen einschätzen lernen) teilzunehmen, um sich vor Reviktimisierung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung zu schützen.

Quelle: DePrince et al. 2015

LoE 1-

Empfehlungsgrad A*

Referenz

DePrince et al. 2015

LoE: 1-

Textauszug

Adolescent girls who participated in the RD/EF intervention that focused on RD (risk detection) were about five times more likely to not report sexual RV (revictimization) over the course of the study period compared with girls in the no-treatment group. A trend suggested that girls who participated in the SL/F intervention that focused on social learning and feminist principles related to RV risk were 2.5 times more likely to not report sexual RV relative to the comparison group. The two intervention conditions did not differ significantly from one another. For physical RV, the odds of not being physically revictimized were three times greater in the SL/F group and two times greater in the RD/EF group compared with the no-treatment group.

The current findings suggest that neither theory outperforms the other in terms of intervention outcomes. Both theories should continue to be evaluated in specifying models of RV risk and improving prevention approaches. These findings suggest that practitioners have different curricula options to engage youth around RV prevention and that integration of the two approaches might be profitably examined.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.11

Die Handlungsempfehlung basiert auf der Studie von DePrince et al. (2015). In der Studie wurde die Intervention an Mädchen eruiert. Die Leitliniengruppe, bestehend aus Kinderschutzexperten verschiedener Fachrichtungen, stimmte einstimmig ab, dass diese Handlungsempfehlung auf männliche Jugendliche generalisierbar ist. Eine evidenzbasierte Grundlage für die Übertragung der Handlungsempfehlung auf Kinder fehlt.

4.2 Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz

Das Kapitel verfolgt das Ziel, auf das Zusammenwirken im Kontakt mit den Fachkräften der anderen Versorgungsbereiche im Kinderschutz, wie Jugendhilfe und Pädagogik, einzugehen. Darüber hinaus wird das multiprofessionelle Zusammenwirken innerhalb des Gesundheitswesens (z.B. innerhalb der Kinderschutzgruppe) thematisiert.

Hierbei werden sowohl die gesetzlichen Normen aufgegriffen als auch relevante Begrifflichkeiten geklärt, Beratung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und die Mitteilung an das Jugendamt thematisiert.

Zu Beginn wird in [Kapitel 4.2.1](#) auf die Notwendigkeit und die Relevanz von gut funktionierenden regionalen Netzwerkstrukturen eingegangen. Die betreffenden Handlungsempfehlungen befassen sich konkret mit dem Aufbau dieser Strukturen, dem kontinuierlichen Austausch im Rahmen von gemeinsamen Trainings und Seminaren, der kontinuierlichen Pflege und Verbesserung der Strukturen und der Notwendigkeit, die Handlungsweisen, Expertisen und Rolle der anderen Partner im Kinderschutz verstehen zu können. Als gesetzliche Grundlagen findet hier § 3 KKG als fallübergreifende Kooperation Anwendung.

In [Kapitel 4.2.2](#) wird auf die Beratung bei Verdachtsfällen, die Weitergabe von Information innerhalb und außerhalb der eigenen Institution bis hin zur Mitteilung an das Jugendamt inhaltlich eingegangen. Auf die Notwendigkeit der Kenntnisse der gesetzlichen und berufsständigen Verpflichtungen wird hingewiesen und die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen und deren Personensorgeberechtigten thematisiert. Als Gesetze werden die § 8b SGB VIII und § 4 KKG angeführt und deren Bedeutung wird erläutert. In einem Überblick über internationale Regelungen zur Meldepflicht werden Vor- und Nachteile dargestellt.

In der Abbildung 10 „Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (in Anlehnung an § 4 KKG)“ wird der gesamte Beratungsprozess bis hin zur Mitteilung an das Jugendamt übersichtlich visualisiert. Da die gesetzlichen Regelungen für die Mitteilungen von Kindeswohlgefährdung durch die Mandatierten als ausreichend angesehen wurden, sind neben der KKP (siehe Handlungsempfehlung Nr. 15) keine evidenzbasierte Handlungsempfehlungen verabschiedet worden. Das Kapitel behandelt die fallbezogene Kooperation und den entsprechenden Informationsaustausch der Beteiligten.

[Kapitel 4.2.3](#) widmet sich einem speziellen Vorgehen im stationären Setting eines Krankenhauses. Die seit 2018 mit den Krankenkassen abrechenbare Vorgehensweise zur „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ im Krankenhaus wird in der OPS-1-945 detailliert beschrieben und dient in erster Linie der Verschlüsselung für Abrechnung und Statistik. Grundlage dieser Beschreibung sind bewährte praktische Erfahrungen zu Vorgehensweisen von Kinderschutzgruppen an Kliniken. In diesem prozessualen Vorgehen erfolgt in vielen Fällen im Anschluss an die klinikinterne interdisziplinäre und multiprofessionelle Bewertung des Falles eine Fallkonferenz mit dem Jugendamt und möglicherweise weiteren Partnern_innen im Kinderschutz.

Die beiden Handlungsempfehlungen befassen sich mit der Notwendigkeit des multiprofessionellen Zusammenwirkens und der zeitlichen Umsetzung des Vorgehens.

4.2.1 Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene

Kooperation auf lokaler Systemebene (Netzwerkarbeit) ist von entscheidender Bedeutung für die individuelle fallbezogene Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung. Fachkräfte, die in der alltäglichen Kinderschutzarbeit tätig sind, sollten ihre engen Kooperationspartner_innen (siehe Abb. 7) kennen und wissen, wann und wie sie mit diesen kooperieren können.

Abb. 7 Partner_innen im Kinderschutz (Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit)



Kooperation der beteiligten Partner_innen im Kinderschutz heißt vor allem das Schaffen von Netzwerkstrukturen. Voraussetzungen dafür sind eine offene Kommunikation unter den Kooperationspartnern_innen sowie das Vorhandensein von zeitlichen und personellen Ressourcen der Beteiligten. Dazu gehört unter anderem das Klären von Rollenerwartungen, Erreichbarkeiten und wie grundsätzlich bei Kinderschutzfällen zusammen agiert werden soll. Denn „gute Kenntnisse über die Handlungslogiken und Leistungsspektren der beteiligten Helfersysteme und Kooperationspartner_innen erleichtern und verbessern die Zusammenarbeit“ (Thole et al. 2012).

Rahmenbedingungen für Kooperation bildet das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz ab. Hierbei wird eine fallübergreifende Kooperation in § 3 KKG geregelt, wohingegen § 4 KKG eine einzelfallbezogene Kooperation regelt.



§ 3 KKG Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz⁵

(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

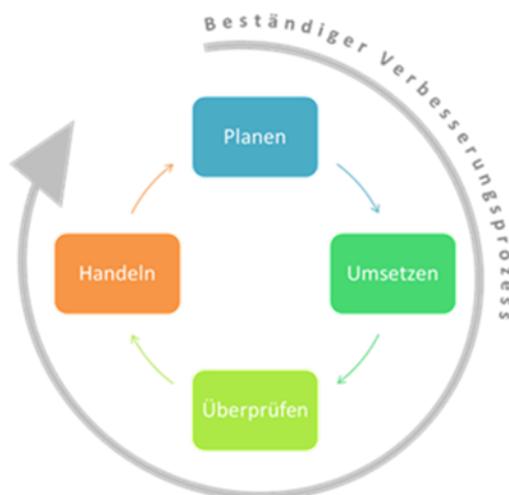
(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, **Leistungserbringer**, mit denen Verträge nach § 125 Absatz 3 des **Neunten** Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, **Mehrgenerationenhäuser**, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

(3) Sofern Landesrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

(4) Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative und des Fonds wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit den Ländern schließt.

Die Zusammenarbeit und das zweckgerichtete Zusammenwirken verschiedener Systeme und Netzwerke dienen auch dem Erkennen von Verbesserungspotenzialen und dem Erstellen eines gemeinsamen Handlungskonzeptes. Zur konstanten Qualitätssicherung sollte das Vorgehen überprüft und reflektiert werden (siehe Abb. 8).

Abb. 8 Demingkreis



Nachdem ein erstelltes Handlungskonzept für alle beteiligten Kooperationspartner_innen in der Praxis angewandt wurde, bedarf es einer Evaluation. Das Konzept muss auf mögliche Lücken geprüft werden, dabei ist kritisch zu hinterfragen, ob es den Zweck erfüllt und ob es einer Überarbeitung des Konzeptes bedarf. Für mögliche erkannte Schwierigkeiten in der Umsetzung müssen Lösungen gefunden werden. Das neu geplante Konzept wird wiederum umgesetzt und erneut geprüft, damit ein beständiger Verbesserungsprozess möglich ist.

⁵ Änderung des KKG (ab dem 10.06.2021) sind farblich markiert.

Notwendigkeit der Kooperation

Zahlreiche Problemlagen im Kinderschutz sind nur durch die system- und professionsübergreifende Nutzung der Kompetenzen und Ressourcen lösbar. Die unterschiedlichen Professionen haben nicht nur unterschiedliche Ressourcen zur Verfügung, sondern kommen auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kontakt mit den betroffenen Familien. Das Gesundheitssystem hat um die Geburt herum Zugang zu nahezu allen Eltern und Kindern und gewährleistet die medizinische Versorgung und Risikoerkennung. Die Kompetenzen der Jugendhilfe liegen anschließend vor allem in der Abklärung psychosozialer Risiken und des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs sowie der Bereitstellung geeigneter Hilfen. Zur frühzeitigen und schnellen Sicherung des Kindeswohls in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht braucht es die enge Kooperation und Verzahnung der beiden Systeme auf Augenhöhe.



Faktoren guter Zusammenarbeit

- Gemeinsame träger- und professionsübergreifende Fortbildungen
- Strukturelle Verankerung von Netzwerkarbeit (z.B. Arbeitskreise)
- Unabhängige Koordinierungs- und Screeningstelle (Kinderschutzfachstelle sowohl für die Jugendhilfe als auch für das Gesundheitswesen)
- Transparenz im Handeln und in den Entscheidungsprozessen durch z.B. Rückmeldeschleifen
- Klare Verantwortungsstrukturen
- Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen

Praxisbezug und Umsetzbarkeit

Kooperation mit lokalen Trägern und Diensten im Kinderschutz setzt die Verfügbarkeit von personellen und zeitlichen Ressourcen voraus. Auch Räumlichkeiten für eine Zusammenarbeit müssen gegeben sein. Daneben gehören Softskills der Netzwerkpartner zu einer gelingenden Kooperation dazu. Beteiligte sollten Offenheit und Interesse an der Zusammenarbeit mit anderen Professionen mitbringen. Gesetzlich ist die Organisation der Zusammenarbeit durch die örtliche Jugendhilfe festgelegt.

Evidenzlage

Die Familienministerkonferenz und kommunalen Spitzenverbände (2007) bezeichnen „das enge Zusammenwirken und die Stärkung von Kooperation der verschiedenen beteiligten Stellen und Personen als ein wesentliches Kriterium für schnellen und wirksamen Schutz“. Das Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes – Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz – 2012 unterstreicht die Gewichtung des Herangehens (Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände).

Evidenz hinsichtlich der Kooperation und deren Wirkung auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen wurde in der Literaturrecherche für diesen Themenblock nicht gefunden.

In den zwölf inkludierten Artikeln werden Kooperation, Zusammenarbeit und Multiprofessionalität im Kinderschutz beschrieben. Unter den inkludierten Artikeln befinden sich vier Artikel aus Deutschland, vier aus den USA und jeweils ein Artikel aus England, Finnland und Neuseeland. Das Outcome bezieht sich häufig auf die Anwender der Kooperation und nicht auf Endpunkte, die das Kind oder den Jugendlichen betreffen. Herausforderungen und Empfehlungen für die Kooperation werden in acht Experten-

meinungen beschrieben. Zwei systematische Übersichtsarbeiten eruieren Methoden für eine gelingende Zusammenarbeit. Unter anderem ist die Verwendung von Checklisten und Dokumentationen wichtig. Paavilainen and Flinck (2017) fanden eine Pre-Post-Studie, die Beweise darlegt, dass multiprofessionelles Vorgehen positive Auswirkungen auf die Erkennung einer Kindeswohlgefährdung hat. In einer Fallstudie wird die Wichtigkeit der Zusammenarbeit der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens deutlich. Die qualitative Studie aus Neuseeland untersucht anhand von semi-strukturierten Interviews, wie Netzwerkarbeit im Kinderschutz funktioniert.

Wissenschaftliche Auswertungen der Auswirkungen des BKiSchG wurden nicht gefunden. Die Evaluation zum Bundeskinderschutzgesetz findet sich [hier](#).

Das Kapitel [Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt](#) (§ 4 KKG) behandelt unter anderem das Vorgehen auf Fallebene und den Austausch von Daten und Informationen im Kinderschutz.

Handlungsempfehlungen zu fallübergreifender Kooperation

Nr. 12 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollten* im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. § 3 KKG).</p>	
<p>Quelle: Amt für Soziale Dienste Bremen 2009; Deutscher Kinderschutzbund 2014; McCarthy 2008; Paavilainen und Flinck 2017; Saunders und Goodall 1985; Schilling et al. 2014; Stanley et al. 2010</p>	 Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Amt für soziale Dienste Bremen 2009

Damit Kinderschutz gelingt, müssen in allen Organisationen, die sich am Kinderschutz beteiligen, d.h. auch in Schulen, Kindertagesheimen & bei der Polizei, das nötige Wissen & entsprechende Handlungskompetenzen vorhanden sein, die für die Zusammenarbeit im Kinderschutz unerlässlich sind.

LoE: 4

Deutscher Kinderschutzbund 2014

Kooperativer Kinderschutz wird in zwei Richtungen gedacht.

LoE: 4

McCarthy 2008

Working together, we could perform complete evaluations that help us truly understand what is happening to a child and how best to intervene. If we worked together, doctors would be better trained and more likely to report abuse because they would have a better understanding of what CPS could do and because they would feel more involved and invested in the decision-making process.

LoE: 4

Working together, we could learn from each other. CPS workers could gain more expertise in the medical and developmental aspects of child abuse, and pediatricians could learn more about family dynamics, family support strategies, and the legal aspects of child protection.

Paavilainen & Flinck 2017

McKeown [22] and Wills et al. [23] provided evidence of the importance of the development of multi-professional services when identifying child maltreatment. McKeown [22] studied interagency cooperation between services for children and families and concluded that an effective and inclusive interagency process is important in developing multi-professional services, as Wills et al. [23] also concluded. Especially when policies, organizational changes, interagency cooperation, and effective leadership are developed as a process, they have an impact on child maltreatment identification.

LoE: 2++

Saunders & Goodall 1985

[...] dysfunctional families in which child abuse and neglect occurs typically have many unmet social, psychological, and physical health needs. Only "teaming" can satisfactorily address and resolve these needs.

LoE: 3

<p>Schilling et al. 2014 LoE: 4</p>	<p><i>The commitment to maltreated children includes a commitment to working outside of the health care community. Physicians need to collaborate with child welfare, judicial, and education colleagues to advocate for the health and well-being of these vulnerable children.</i></p> <p><i>Intersystem collaboration is paramount to achieving the shared goal of ensuring the health and safety of children.</i></p>
<p>Stanley et al. 2010 LoE: 4</p>	<p><i>Documents and reports from others were vital for social workers as they made decisions and argued for forms of action, both in their interactions with families and in the Family Court. Weight was given to psychological, medical and police reports by social workers as they presented this information to both families and the Family Court.</i></p>

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.12

Das [KKG](#) wird in fünf Paragraphen unterteilt:

- § 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung
- § 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung
- § 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz**
- § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung
- § 5 Mitteilungen an das Jugendamt

In § 3 KKG werden Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz festgelegt. Darin wird der Aufbau von Netzwerkstrukturen beschrieben und welche beteiligten Dienste daran mitwirken sollten. Außerdem wird festgelegt, dass die Organisation der Zusammenarbeit durch die örtliche Jugendhilfe erfolgt und es wird die finanzielle Unterstützung für die Förderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen beschrieben.

Nr. 13 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (95%)

Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollte* stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, sollte* dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden.

Training und Seminare sollten* als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.

Quelle: Amt für Soziale Dienste Bremen 2009; Deutscher Kinderschutzbund 2014; Gerber und Lillig 2014; Goad 2008; Saunders und Goodall 1985; Carter et al. 2006

LoE 2++ bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Amt für soziale Dienste Bremen 2009

LoE: 4

Wenn Zusammenarbeit gelingt, profitieren alle am Prozess Beteiligten. Dabei sind formelle Regelungen hilfreich. Neben definierten Strukturen, festgelegten Ablaufplänen & Weisungen von oben nach unten sind offene, auf Dialog & Konsens hin angelegte Netzwerke des partnerschaftlichen Zusammenwirkens erfolgreicher.

Folgende Aspekte in Netzwerken müssen balanciert werden:

- Netzwerkvision: gemeinsame Idee des Kinderschutzes: Diese Idee kann nicht einfach beschlossen werden; sie muss vielmehr permanent verhandelt & weiterentwickelt werden.

- Netzwerkkoordination: spontane, situationsorientierte Zusammenarbeit, die auf aktuellen Bedürfnissen einzelner Organisationen basiert, & formale & dauerhafte Koordinierung.

- Interaktionsdichte: Regelmäßigkeit in der Zusammenarbeit der Organisationen, um sich kennenzulernen, Vertrauen aufzubauen & miteinander zu lernen.

Eckpfeiler für gute Zusammenarbeit:

[...]

- Achtsame & lernende Organisation: Review von Fehlern (auch: bei Problemen & in Krisen ist es normal, Kolleginnen, Kollegen & Führungskräfte um Hilfe zu bitten); Balance von Regelung & Flexibilität; Hochachtung vor fachlichem Wissen & Können.

Carter et al. 2006

LoE: 2++

There is some evidence to suggest that certain types of child protection training can positively influence professional knowledge, attitudes, and behaviour in relation to child protection issues.

Deutscher Kinderschutzbund 2014

LoE: 4

Das Vorgehen bei einer akuten Kindeswohlgefährdung wird im Voraus geklärt.

Der Umgang mit kritischen Momenten im Fallverlauf wird im Voraus vereinbart.

Da eine dauerhafte fallunabhängige Sicherung des Wohls von Kindern und Jugendlichen nur möglich ist, wenn funktionierende Kooperationsbeziehungen bestehen und Verfahrensabläufe für alle Beteiligten klar sind, sollte in regelmäßigen Abständen eine gemeinsame Auswertung der Zusammenarbeit erfolgen, um eine Verbesserung der Gefährdungseinschätzung und der

- Verfahrensabläufe zu erreichen. Aufgrund der in diesem Zusammenhang gewonnenen Erkenntnisse können die bestehenden Kooperationsvereinbarungen überarbeitet und weiterentwickelt werden.
- Gerber & Lillig 2014
LoE: 4
- Erfolgsfaktoren für interorganisationale und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation:*
- strukturelle Voraussetzungen (z. B. fallunabhängig Gelegenheiten für interdisziplinäres Kennenlernen, Klärung von Professions- & Organisationslogiken, Schnittstellenbeschreibung)
 - Strukturen & Prozesse (gemeinsames Fallverstehen, mehrdimensionales Risikoverständnis, Klärung & ggf. Priorisierung von Hilfezielen)
 - Aufeinander bezogene & abgestimmte Verantwortungsübernahme für den Hilfeprozess mit psychosozial hoch belasteten Familien (transparente Ziele, Vorgehen)
 - Informationsmanagement (neu in die Fallbearbeitung hinzu kommende Fachkräfte werden informiert)
- Goad 2008
LoE: 4
- CPS workers complain that some doctors refuse to give them the information needed for investigation. It is not rare for a physician to refuse to give any opinion about the cause of an injury that the physician reported to CPS, with the physician saying something like, "I did my job and reported it to you. It's your job to investigate and figure out whether it was abuse."*
- CPS workers have often complained to me that doctors want to control decision-making in reported cases.*
- Similarly, role expectations across disciplines vary (eg, different doctors from the same hospital may have very different views of the role of the CPS worker). The result is that no one really knows what to expect from each other. Inevitably, confusion and the belief that others are not doing their job is the result.*
- Homfeldt 2011
LoE: 4
- Es geht jedoch nicht nur darum, die strukturellen Voraussetzungen, rechtlich, fachlich und räumlich zu schaffen. Jede Kooperation ist mit größter gegenseitiger Achtsamkeit umzusetzen. Bezogen auf den ASD im Jugendamt formuliert Tenhaken folgende Punkte (vgl. 2010: 95f.):*
- *[...] systematische Rückkopplungsprozesse sind zu initiieren, d. h. die Ergebnisse der Kooperation sind regelmäßig in die Organisation hineinzutragen.*
- Saunders & Goodall
1985
LoE: 3
- While the Brown County partnership rests on an informal agreement between the agency administrators to encourage the collaboration discussed in this paper, in large urban counties bureaucracy may demand more formalized agreements for collaborative activity. Bureaucracy, however, should not deter professionals from collaboration.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.13

Um die kontinuierliche Zusammenarbeit zu ermöglichen und die Qualität der Zusammenarbeit aufrecht-erhalten zu können, sind Fragen der Kooperation und Instrumente des Qualitätsmanagements entsprechend zu beachten.

Nr. 14 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Die Kooperationspartner aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollen* Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren.

Quelle: Amt für soziale Dienste Bremen 2009; Deutscher Kinderschutzbund 2009; Goad 2008; Saunders und Goodall 1985; Schilling und Christian 2014
LoE 3 bis 4



Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Amt für soziale Dienste Bremen 2009

Eckpfeiler für gute Zusammenarbeit:

- Gemeinsame Leitbilder & Visionen unterstützen Identifikation & Rollenklarheit

LoE: 4

- Achtsame & lernende Organisation: Review von Fehlern (auch: bei Problemen & in Krisen ist es normal, Kolleginnen, Kollegen & Führungskräfte um Hilfe zu bitten); Balance von Regelung & Flexibilität; Hochachtung vor fachlichem Wissen & Können.

Deutscher Kinderschutzbund 2014

Der Grad des Vertrauens, eine gemeinsame Werte- und Zielorientierung und eine abgestimmte Arbeitsteilung sind prägend für Kooperationen im Kinderschutz.

LoE: 4

Goad 2008

CPS workers complain that some doctors refuse to give them the information needed for investigation. It is not rare for a physician to refuse to give any opinion about the cause of an injury that the physician reported to CPS, with the physician saying something like, "I did my job and reported it to you. It's your job to investigate and figure out whether it was abuse."

LoE: 4

CPS workers have often complained to me that doctors want to control decision-making in reported cases. (power struggle)

I have observed is the perceived class distinction between doctors and CPS workers.

Furthermore, CPS workers, health care providers, police, and others have an understanding (not always an understanding that facilitates an effective process) of his or her role in the response to an abuse/neglect report. [...]Physicians occupy a high status position in our social hierarchy; CPS workers do not. Medical professionals may see CPS workers, sometimes accurately, as being poorly trained and inexperienced. CPS workers often feel, sometimes correctly, that they are treated disrespectfully by physicians (and by professionals from other disciplines).

[...] role expectations across disciplines vary (eg, different doctors from the same hospital may have very different views of the role of the CPS worker). The result is that no one really knows what to expect from each other. Inevitably, confusion and the belief that others are not doing their job is the result. The first solution usually mentioned is training. If more doctors had an accurate understanding of exactly what should be reported and a better appreciation of the role of CPS, working relationships would most likely improve. [...]

An enormous amount of ongoing training would be required, and its benefit would be limited. In my experience, the most serious barriers to collaboration have to do with deep-seated opinions and attitudes that are not likely to be changed much by training.

Saunders & Goodall 1985
LoE: 3 *Shared facilities alone does not account for the success of the partnership. Perhaps at the heart of the professional relationship is the mutual respect and willingness that exists between the two disciplines to share their respective expertise.*

Schilling & Christian 2014
LoE: 4 *The collaborative process can be hindered by the lack of [...] poor communication, differences in confidentiality policies, and a lack of knowledge of health providers about child welfare and legal systems (and vice versa). Intersystem collaboration is paramount to achieving the shared goal of ensuring the health and safety of children.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.14

Eine besondere Herausforderung bei der Kooperation der Akteure aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik ist es, die eigenen Fachtermini verständlich zu übersetzen und eine gemeinsame Sprache zu finden und zu gebrauchen, um Missverständnissen im Fallverlauf vorzubeugen.



Kooperation

„Eine gemeinsame Auseinandersetzung verschiedener Akteurinnen und Akteure des Netzwerkes mit rechtlichen Grundlagen sowie die gemeinsame Entwicklung fachlicher Haltungen und kooperativer Verfahrensweisen stärken Netzwerke Frühe Hilfen für die praktische Arbeit. Diese interdisziplinäre, systemisch orientierte Fortbildung für Fach- und Führungskräfte eines Netzwerkes Frühe Hilfen dient dazu, einen gemeinsamen Wissensstand über die fachlichen und rechtlichen Grundlagen des Kinderschutzes zu erzielen. Darauf aufbauend geht es um die Entwicklung gemeinsamer Haltungen und Handlungswege für den Kinderschutz in der Alltagspraxis und in der Kooperation der Fachkräfte und Institutionen im jeweiligen Netzwerk Frühe Hilfen.“

(Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.)

4.2.2 Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG)

In Deutschland regelt das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz u.a. den fallbezogenen **Informationsaustausch und die Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG)**. Es besteht auf Bundesebene keine gesetzliche Meldepflicht bei einer Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt.

Das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), bestehend aus sechs Artikeln, ist als Änderungsgesetz am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Es reformierte das Sozialgesetzbuch (SGB) – Achstes Buch (VIII) und regelt die Kooperation und Information im Kinderschutz. Die letzte Novellierung erfolgte mit in Krafttreten des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes vom 10.06.2021. Vergleiche hier auch das Vorgehen nach § 4 KKG siehe auch Abbildung 10 und Anhang 4.



§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung⁶

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, **Zahnärzte oder Zahnärztinnen**, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

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.

(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.

(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,**

⁶ Änderungen des KKG (ab dem 10.06.2021) sind farblich markiert.

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.

(4) Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

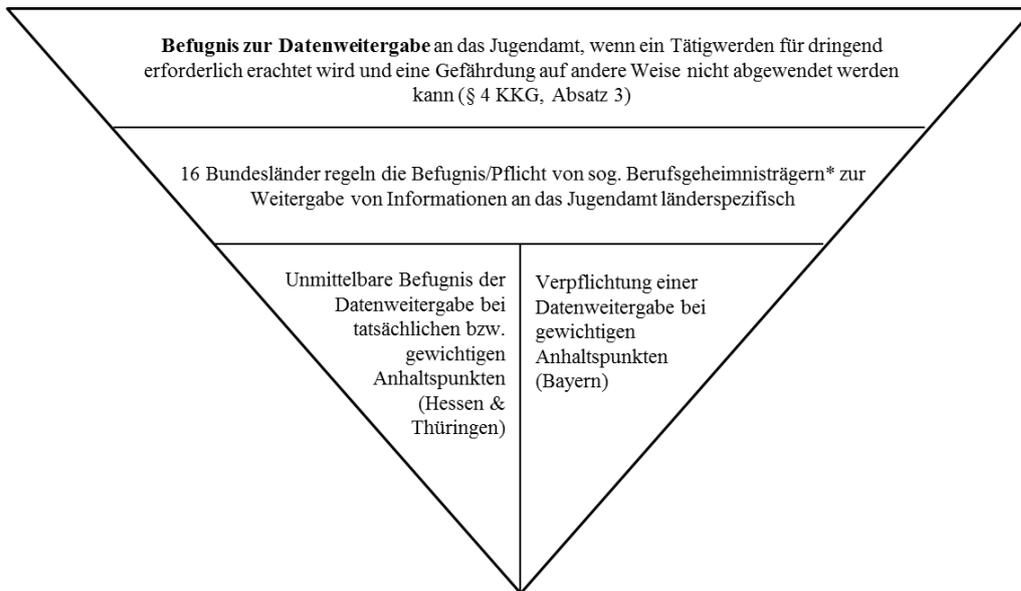
(5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Zollbehörden.

(6) Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz kann Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln.



Jede Fachkraft soll sich in ihrem Versorgungsbereich über regionale und nationale Regelungen zu Pflichten, Rechten und Befugnissen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung informieren (z.B. SGB VIII, KKG, Schul- und Landesgesetze). (Abb. 9)

Abb.9 Übersicht zu Regelungen zur Informationsweitergabe in Deutschland



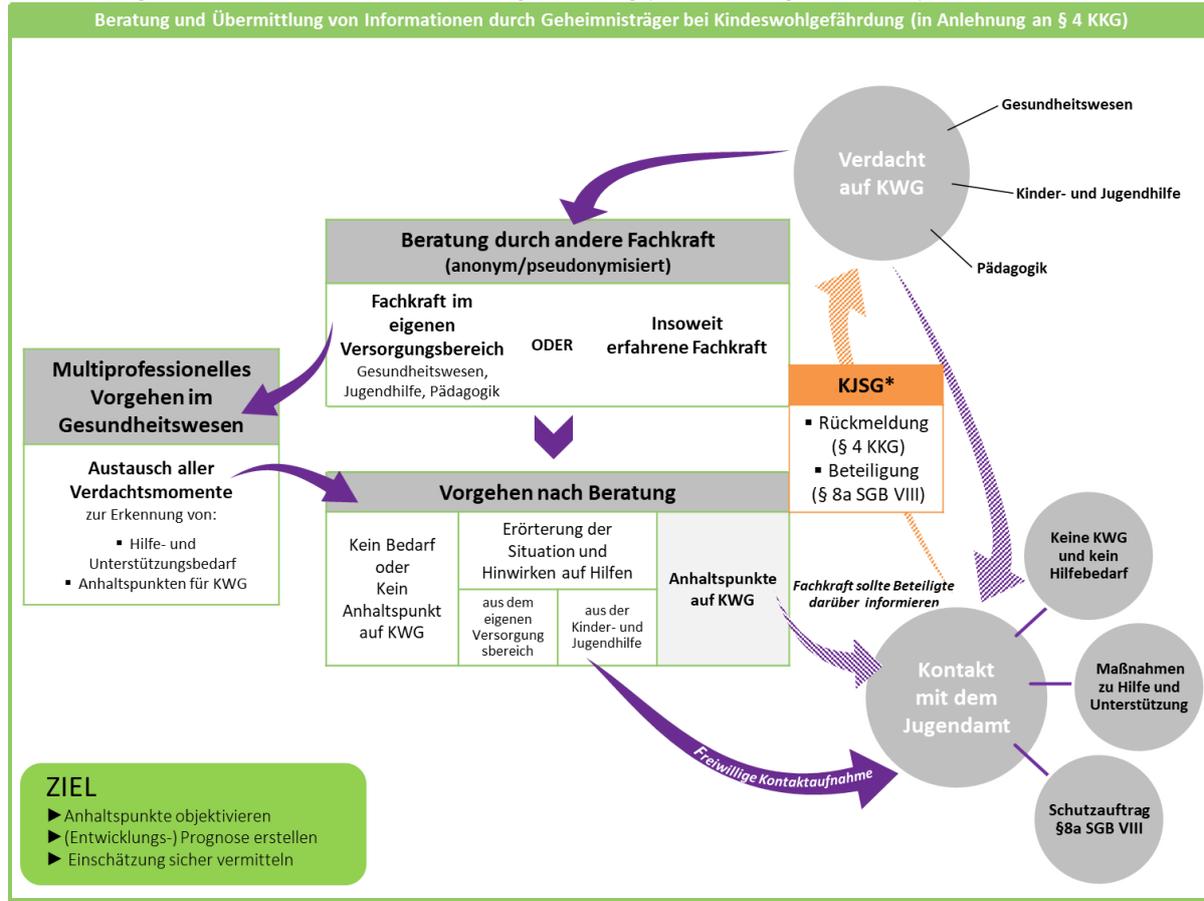
* Geheimnisträger nach § 203 StGB

Bayern, Hessen, Sachsen & Thüringen: ausschließlich sind Berufsgruppen der Gesundheitshilfe adressiert.

Thüringen: auch Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- & Jugendlichenpsychotherapeuten sind mit einbezogen.

In Baden-Württemberg & Bayern: auch Gesundheitsämter sind im Gesetz mit einbezogen.

Abb. 10 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (in Anlehnung an § 4 KKG)⁷



Weitere oder spezielle Diagnostik

Für medizinische Fachkräfte können Anhaltspunkte oder spezifische Befunde, die auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung hinweisen, weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich machen, wie z.B. eine körperliche Untersuchung, bildgebende Verfahren, kinder- und jugendpsychiatrische Evaluation oder auch Laboruntersuchungen.

Fachkräfte sollten sich bewusst sein, dass bestimmte Verletzungen bei Kindern oder Jugendlichen verdächtig sind und als ein Warnsignal auf eine Kindesmisshandlung erkannt und gedeutet werden müssen. Diese werden in [Kapitel 2.2.3](#) als „gewichtige Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung bezeichnet. In diesen Fällen ist ein fachlicher Austausch mit und zwischen Ärzten_innen angezeigt, u.a. auch um eine prognostische Einschätzung vorzunehmen.

Die Leitlinie bietet Handlungsempfehlungen für jene relevanten Schritte, wenn spezifische Befunde in Bezug auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch vorliegen. Die Leitlinie bietet detaillierte diagnostische Schritte für Ärzten_innen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich dazu werden für eine emotionale Vernachlässigung oder Misshandlung nur mögliche Hinweise beschrieben, ohne konkrete Handlungsempfehlungen zu spezifischen Diagnostikmaßnahmen aufzuführen. Dies gilt ebenfalls für die Aspekte der Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen in belasteten Familien.

⁷ Eine Rückmeldung von Seiten des Jugendamtes bei Eingang eine Gefährdungsmittteilung an den meldenden Geheimnisträger_in soll zeitnah erfolgen (vgl. § 4 KKG) und Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des KKG dem Jugendamt Daten übermittelt haben, hat das Jugendamt in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist (vgl. § 8a SGB VIII).

Einbeziehen der Kinder und Jugendlichen

Gemäß § 4 KKG sollte eine Fachkraft die Situation mit den Kindern und Jugendlichen erörtern. Die Leitlinie empfiehlt grundsätzlich die Partizipation der Kinder und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren. Konkrete Handlungsempfehlungen zur Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen in das Kinderschutzverfahren werden im Kapitel "Partizipation" beschrieben und verlangen von der mit dem Kind oder Jugendlichen arbeitenden Fachkraft, den Prozess zu erläutern und sich anzuhören, was Kinder und Jugendliche über ihre Situation zu sagen haben und sind somit auch notwendiger Teil der Gefährdungseinschätzung.

Die Handlungsempfehlungen der Leitlinien korrespondieren mit § 4 KKG, die Fachkräfte dazu anzuregen, mit Kindern und Jugendlichen über die aktuelle Situation zu diskutieren, solange Kindern und Jugendlichen dadurch kein Schaden widerfährt.

Spezifische Handlungsempfehlungen zur Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in die gesundheitlichen und behandlungsbezogenen Entscheidungen werden in der Leitlinie nicht formuliert. Hier wird darauf verwiesen, dass sich Ärzte_innen und andere medizinische Fachkräfte an ihren ethischen Verhaltenskodex halten und das Alter und den Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen, wenn sie verschiedene Behandlungsoptionen erklären und sie in den Entscheidungsprozess im Gesundheitswesen einbeziehen.

Einbeziehen der Personensorgeberechtigten

Ebenso regelt § 4 KKG die Erörterung der Situation mit den Personensorgeberechtigten, wenn von einer Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung festgestellt oder ihr bekannt werden.

Fachkräfte sollen die Personensorgeberechtigten über die Anhaltspunkte informieren, solange dies nicht zu einer Gefährdung des Kindes führt. Dabei soll die Fachkraft einen Eindruck gewinnen, wie die Personensorgeberechtigten die Situation bewerten und inwieweit diese bereit und in der Lage sind, die Situation zum Wohle des Kindes zu verändern und wenn dem so ist, ob sie dabei ergänzenden Hilfebedarf haben. Die Personensorgeberechtigten sollen zur Annahme von Hilfen ermutigt werden.

Beratung der Fachkräfte

Wenn eine Fachkraft einen oder mehrere mögliche oder gewichtige Anhaltspunkte ([siehe 2.2.3](#)) hat oder sich um ein Kind oder eine_einen Jugendliche_n Sorgen macht, besteht für die Fachkraft die Möglichkeit, entweder die Kollegen_innen am Arbeitsplatz oder eine insoweit erfahrenen Fachkraft zu konsultieren, um sich beraten zu lassen und ihre Anliegen und das weitere Vorgehen zu besprechen.

Nach § 4 KKG haben Fachkräfte das Recht auf eine Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (INSOFA). Einige Institutionen verfügen über INSOFAs. Ansonsten wird auf das Beratungsangebot des Jugendamtes verwiesen. Fachkräfte sollten sich über die Verfügbarkeit von INSOFA in ihrem Bezirk und Bereich informieren. Diese Beratung kann anonymisiert stattfinden. Die fachliche Beratung wird durch § 8b SGB VIII ermöglicht und erfolgt pseudonymisiert, so dass die Berufsheimnisträger_innen ihre Schweigepflicht nicht brechen.

Fachkräfte haben auch die Möglichkeit, ihre Anhaltspunkte und Anliegen mit anderen Fachkräften an ihrem Arbeitsplatz zu besprechen. Ein spezialisiertes Team (z.B. eine Kinderschutzgruppe) könnte auch vor Ort sein, um die Fachkraft über das Wohl, die Gesundheit oder den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu beraten und zu unterstützen. Die Informationsweitergabe über die betroffenen Kinder und Jugendlichen kann pseudonymisiert werden.

Wenn eine INSOFA oder eine andere Fachkraft in ihrem eigenen Versorgungsbereich über ihren Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bei Kindern und Jugendlichen berät, sollte die Fachkraft eine strukturierte und detaillierte Beschreibung aller Anhaltspunkte (z.B. Befunde, Äußerungen, bereits erfolgte Maßnahmen) liefern.



§ 8b SGB VIII Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen⁸

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

(2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien

1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie

2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

(3) Bei der fachlichen Beratung nach den Absätzen 1 und 2 wird den spezifischen Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen Rechnung getragen.

Einschränkungen der Regelungen des KKG

Das KKG regelt den Informationsaustausch zwischen Berufsheimnis-trägern_innen und dem Jugendamt, nicht aber den Informationsaustausch der Berufsheimnis-träger_innen untereinander. Dieser Informationsaustausch ist nur mit Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten möglich und erfüllt somit auch die Aufforderung des KKG, sich mit eben diesen auseinanderzusetzen und die Situation zu erörtern.

Die Änderungen des § 4 KKG (Juni 2021) beinhalten eine Öffnungsklausel, sodass Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln kann.

Meldeverhalten im Ausland

Außerhalb Deutschlands verlangen einige Länder von Fachkräften oder manchmal auch von allen Erwachsenen (universale Meldepflicht), die den Verdacht haben, dass eine Gefährdung des Wohls von Kindern oder Jugendlichen vorliegt, dies an das Jugendamt oder eine äquivalente Organisation des Landes zu melden.

Die Meldepflicht ist ein kontrovers besprochenes Thema mit zahlreichen Pro- wie auch Kontra-Argumenten. Unbestritten ist, dass je früher das gefährdete Kind oder der_die Jugendliche dem Jugendamt bekannt ist, desto schneller können Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen vermittelt werden.

⁸ Änderungen des SGB VIII (ab dem 10.06.2021) sind farblich markiert.

Führt eine Meldepflicht zur Verbesserung des Kindeswohls und Kinderschutzes?	
PRO	Kontra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schützt gefährdete Minderjährige und Familien ▪ Fördert das Wohlergehen und die Rechte von Kindern und Jugendlichen ▪ Betont das Unrecht von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch ▪ Frühzeitiger Austausch mit dem Jugendamt ▪ Frühzeitige Installation von Hilfs- und Unterstützungsangeboten ▪ Sensibilisiert die Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastet und überfordert das (Hilfe-)System ▪ Falsche Verdächtigungen ▪ Eindringen in die Privatsphäre der Familie ▪ Garantiert keine effektiven und adäquaten Reaktionen durch das System ▪ Verstärkt Stereotype und kann vulnerable Bevölkerungsgruppen diskriminieren (bspw. Kinder oder Jugendliche mit Behinderung oder chronischer Erkrankung) ▪ Reduktion des freiwilligen Erkennens und Annehmens von Hilfen ▪ Meldepflichtige Fachkräfte berichten trotz ihrer Pflichten nicht immer

Mathews und Bross (2008) sind sich einig, dass die Verpflichtung von Fachkräften, einen Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu melden, noch nicht perfektioniert sei, aber es trotzdem wichtig sei, um Kindern, Jugendlichen und Familien Hilfe und Unterstützung zu bieten. Darüber hinaus argumentieren die Autoren, dass das Problem nicht in der Meldepflicht selbst liege, sondern in der Reaktion auf die Meldung. Meldungen von Meldepflichtigen erfordern eine Überprüfung, Bewertung und Untersuchung. Dazu werden Personal sowie Ressourcen wie Zeit und Geld benötigt.

Eine Meldepflicht darf der Förderung der Inanspruchnahme freiwilliger Hilfeleistungen von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern oder Betreuern nicht entgegenstehen.

Evidenzlage für Meldepflicht

Es gibt eine begrenzte Anzahl von Studien, die die Auswirkungen der Meldepflicht untersuchen. Die meisten Studien beschreiben einen zeitlichen Vergleich verschiedener Länder vor und nach einer Einführung der Meldepflicht für sexuellen Missbrauch (Time-Trend-Analysen). Diese Studien kommen aus den USA, Australien und Irland und befürworten die Meldepflicht.

Eine in Westaustralien durchgeführte Studie untersuchte die Zahl der Meldungen über sexuellen Kindesmissbrauch an das Jugendamt. Die Zahl der Berichte drei Jahre vor und drei Jahre nach der Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für Fachkräfte, die mit Kindern arbeiten, wurden verglichen. In den drei Jahren nach Einführung des Gesetzes haben sich die Zahl der Meldungen im Allgemeinen und von Pflichtberichterstattem (Jahresmittel Vorgesetzt = 662, Jahresmittel Nachgesetz = 2448), die Zahl der Untersuchungen (Jahresmittel Vorgesetzt = 451, Jahresmittel Nachgesetz = 1363) und die Zahl der begründeten Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch (Jahresmittel Vorgesetzt = 160, Jahresmittel Nachgesetz = 327) deutlich erhöht. Auch die Zahl der nicht untersuchten Berichte nahm zu (Jahresmittel vor dem Gesetz = 211, Jahresmittel nach dem Gesetz = 1085) (Mathews et al. 2016). Ähnliche Zunahmen beschreibt Lamond (1989) in den 80er Jahren in New South Wales (Australien). Auch hier wurden Fachkräfte verpflichtet, einen Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern oder Jugendlichen an das Jugendamt zu melden.

Ein Vergleich zwischen Irland, wo es keine Pflichtmeldungen gibt, und dem Bundesstaat Victoria (Australien), in dem zahlreiche Berufsgruppen der Meldepflicht unterliegen, untermauerte die Vorteile einer Meldepflicht von mutmaßlichem sexuellem Kindesmissbrauch an das Jugendamt. Im Jahr 2010 wurden

in Victoria fast doppelt so viele Meldungen gemacht wie in Irland. Meldepflichtige Fachkräfte haben mehr Meldungen aufgrund eines Verdachts auf sexuellen Missbrauch an das Jugendamt gemacht (3113 Meldungen) als alle Meldungen insgesamt in Irland (2962 Meldungen). Darüber hinaus gab es in Victoria 989 bestätigte Fälle, von denen 536 durch eine Meldung einer meldepflichtigen Fachkraft erfolgten. Im Vergleich wurden in Irland 209 bestätigte Fälle im gleichen Zeitraum verzeichnet (Mathews 2014).

Andererseits beschrieb eine Studie der Europäischen Kommission 2010 den Vergleich verschiedener Regelungen zur Meldung von Kinderschutzfällen in verschiedenen europäischen Ländern (Kelly, Hagemann-White, Meysen, & Römken, 2011). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass im europäischen Raum keine Evidenz über die Effektivität einer Meldepflicht vorliege, und empfehlen daher keine Meldepflicht. Allerdings wurde diese Aussage nicht durch den Vergleich von Fallzahlen, Inzidenzen oder Prävalenzen belegt.

Es gibt widersprüchliche Evidenz für die Unterstützung der universalen Meldepflicht (Krase und DeLong-Hamilton 2015; Palusci und Vandervort 2014).

Statistikvergleich verschiedener Länder

Beim Vergleich der Statistiken über Kindeswohlgefährdung zwischen verschiedenen Ländern sollten einige Faktoren berücksichtigt werden, insbesondere im Hinblick auf die Meldung von Kinderschutzbefangen an die zuständigen Behörden. Zum einen haben verschiedene Länder unterschiedliche Gesetze, durch die eine Kindeswohlgefährdung definiert wird. Die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung erfolgt sowohl nach Familien- als auch nach Strafrecht. Der Meldepflicht in verschiedenen Ländern kann eine unterschiedliche Definition des „begründeten Verdachts“ zugrunde liegen. Des Weiteren erfüllt das, was von den Meldepflichtigen als meldepflichtig angesehen wird, nicht immer die gesetzlichen Schwellenwerte für eine Untersuchung oder Intervention der zuständigen Behörde. Zudem ist die Pflicht der zuständigen Behörden, zu ermitteln, einzugreifen oder Hilfe oder Unterstützung (auch durch andere Akteure) anzubieten, bei Meldung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung unterschiedlich.

Anmerkung zu den Begriffen Meldung und Mitteilung:

In Deutschland spricht der Gesetzgeber in dem § 8a SGB VIII (siehe folgende Seite) und dem § 4 KKG von Information und Mitteilung an das Jugendamt und nicht von Meldung.

§

§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung⁹

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist,

1. sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen sowie
2. **Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen.**

Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In den Vereinbarungen sind die neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrene Fachkraft zu regeln, die insbesondere auch den spezifischen Schutzbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen Rechnung tragen. Daneben ist in die Vereinbarungen insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) In Vereinbarungen mit Kindertagespflegepersonen, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass diese bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes eine Gefährdungseinschätzung vornehmen und dabei eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzuziehen. Die Erziehungsberechtigten sowie das Kind sind in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes nicht in Frage gestellt wird. Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

⁹ Änderungen des SGB VIII (ab dem 10.06.2021) sind farblich markiert.

(6) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gesprächs zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Handlungsempfehlungen zum Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

Nr. 15 KKP

Konsens (90%)

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll* nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

Empfehlungsgrad
A*

4.2.3 Vorgehen im Krankenhaus

Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945)

Dieser Themenbereich befasst sich mit dem speziellen Vorgehen im stationären Setting eines Krankenhauses. In diesem prozessualen und in dem Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) beschriebenen Verfahren erfolgt in vielen Fällen im Anschluss an die klinikinterne Bewertung des Falles im Rahmen einer Fallbesprechung (z.B. durch eine Kinderschutzgruppe) eine Fallkonferenz. In dieser Fallkonferenz ist die Anwesenheit des Jugendamtes und möglicherweise weiterer Partner_innen im Kinderschutz notwendig, weil hier über die nachhaltige Vorgehensweise im Anschluss an die Krankenhausbehandlung entschieden wird. In der Regel nehmen die Personensorgeberechtigten an der Fallkonferenz teil. Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen sollte auch am klinikinternen Kinderschutzprozess ausreichend Berücksichtigung finden (siehe [Kapitel 4.1 Partizipation von Kindern und Jugendlichen](#)).



Was ist eine OPS?

Behandlungen im Krankenhaus werden nach Diagnosegruppen pauschal nach den s.g. Diagnosis Related Groups (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) abgerechnet. In den Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln (OPS) werden die Leistungssteuerung, der Leistungsnachweis und die Grundlage für die Leistungsabrechnung zusammengefasst (DIMDI).

Die OPS für die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit im Krankenhaus trägt die Bezeichnung OPS 1-945 und wurde im Jahr 2013 eingeführt.



OPS 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

Hinweis: Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom [Munchhausen syndrome by proxy] zu kodieren.

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. Die Kodes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

Multiprofessionelles Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens drei Disziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialdienst bzw. solche mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Rechtsmedizin, Chirurgie, Radiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Neurologie und Neurochirurgie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie). Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die oben genannten Berufsgruppen alle folgenden Leistungen erbracht:

- Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung

- Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen.

Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens drei Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation

Ggf. Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe

1-945.0 Ohne weitere Maßnahmen

1-945.1 Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz

Hinweis: Die Fallkonferenz findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie eines Vertreters der Jugendhilfe und zumeist der Eltern/Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten und mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes statt.

Einführung der OPS 1-945 im Jahr 2013

Dr. Ingo Franke erklärt im Deutschen Ärzteblatt 2013:

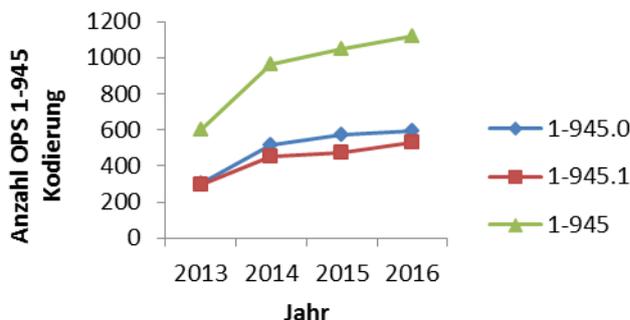
„In enger Kooperation mit weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen, zum Beispiel der Gesellschaft für Kinderkliniken in Deutschland und Teilnehmern des Runden Tisches, dem Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs und den zuständigen Bundesministerien konnte Anfang 2013 die ‚Kinderschutz-OPS‘ 1–945 in den OPS-Prozedurenkatalog aufgenommen werden“ (Franke 2013).

Die Möglichkeit der Leistungserfassung durch die Aufnahme der OPS 1-945 in den Operations- und Prozedurenkatalog und die zusätzliche Erfassung der ICD-Diagnose T74 ermöglichen die statistische Erfassung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und Vernachlässigung im Gesundheitsbereich. Hierzu Dr. Franke: „... Fast zeitgleich erfolgte die Änderung der deutschen Kodierrichtlinie DKR 1915, die es nun ermöglicht, die ICD-Diagnosen T74 (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und andere) zu kodieren und somit erstmals eine medizinische Erfassung der Kindesmisshandlung erlaubt“

(Franke 2013).

Laut Statistischem Bundesamt (Bundesamt 2016) wurde die OPS im Verlauf der Jahre 2013 bis 2016 zunehmend erfasst (siehe Abb. 11).

Abb. 11 Darstellung der Abrechnungshäufigkeiten der OPS 1-945



1-945.0 Ohne weitere Maßnahmen

1-945.1 Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz

Standardisiertes Vorgehen nach OPS 1-945 in der Praxis

Auf der Basis des multiprofessionellen Ansatzes im medizinischen Kinderschutz wurde die OPS 1-945 entwickelt und beschreibt ein strukturiertes Procedere unter Beteiligung von mindestens drei Professionen (z.B. Arzt_Ärztin, Psychologe_in und Sozialarbeitende). Das Vorgehen beinhaltet immer die Fallbesprechung und ggf. eine gemeinsame Fallkonferenz unter Beteiligung des Jugendamtes mit Hilfeplanerstellung und **prognostischer Einschätzung**.

i **Kurze Fakten OPS-1-945**

- Interdisziplinär und multiprofessionell
- Strukturiertes und mehrstufiges Vorgehen
- Beteiligung der Jugendhilfe
- Beteiligung der Personensorgeberechtigten
- Dokumentation

Forderung Kinderschutzleitlinie

- Partizipation der Kinder und Jugendlichen

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Abrechnungsrelevant im Jahr 2018

Im Jahr 2018 wurde die OPS relevant für die Abrechnung der stationären Behandlungsfälle mit den Krankenversicherungen.

„... Dieses neue Zusatzentgelt ist ein großer Schritt für den medizinischen Kinderschutz in Deutschland, da hier erstmals die massiven, insbesondere personellen, zusätzlichen Aufwände, die in der medizinischen Kinderschutzarbeit entstehen, berücksichtigt und damit als notwendige pädiatrische Leistung anerkannt werden. Die flächendeckende Kodierung und Verhandlung dieses Zusatzentgeltes wird in Zukunft repräsentative Ist-Zahlen des kinderschutzmedizinischen Versorgungsbedarfs ermöglichen“ (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. 2018).

Erfassung von Kinderschutzfällen im Krankenhaus

Fast zeitgleich erfolgte die Änderung der deutschen Kodierrichtlinie DKR 1915, die es nun ermöglicht, die ICD-Diagnosen T74 (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und andere) zu kodieren, und somit erstmals eine medizinische Erfassung der Kindesmisshandlung erlaubt.

i **Info zur Anwendung der OPS 1-945**

Die Abrechnung des Zusatzentgeltes ZE 18-152 im Rahmen der OPS 1-945 ist nur bei stationärer Behandlung möglich. Eine Erfassung der Leistungen und deren Dokumentation im klinischen Informationssystem sind zielführend. Eine nachhaltige Dokumentation beinhaltet die erbrachten Leistungen durch drei Fachkräfte mit berufsspezifischer Anamnese, Explorationen und Gesprächen und die Dokumentation der Fallkonferenzen mit und ohne Jugendamt.

Durch Einführung der OPS 1-945 und die Erfassung über die ICD-Codes sowie die damit verbundene Abrechnungsmöglichkeit der medizinischen Kinderschutzfälle mit den Krankenversicherungen wurde ein einheitliches und standardisiertes Vorgehen notwendig.

Praxisbezug und Anwendbarkeit

In der Praxis empfiehlt sich die Implementierung einer Kinderschutzgruppe. Die Kinderschutzgruppe ist multiprofessionell besetzt und erfüllt die fachlichen und personellen Mindestvoraussetzungen für die Abrechnung nach OPS (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. 2016).

In der Praxis wird das Vorgehen nach OPS, d.h. multiprofessionelles Arbeiten, Kinderschutzgruppen und Fallkonferenzen[#], international von Experten empfohlen, wie beispielsweise durch die Canadian Paediatric Society (Bennett 2008), die American Academy of Family Physicians (McDonald 2007) oder durch die DGKiM (Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. 2016). Evidenzbasiert sind die Aussagen damit allerdings nicht.

Evidenzlage

Final wurden zehn Studien als relevant ausgewählt: Eine randomisierte kontrollierte Studie aus Australien, die bei einer Kohorte (N = 25) die Auswirkungen von Fallbesprechungen und Fallmanagements in Bezug auf Kommunikation zwischen beteiligten Institutionen, Sicherheit der Vorgehensweise und gemeinsame Diagnosestellung untersucht hat, wurde eingeschlossen. Eine systematische Übersichtsarbeit ebenfalls aus Australien überprüft die Arbeit der Child Advocacy Center (CAC) auf die Merkmale Trauma, Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen, Verbesserung der familiären Abläufe und auf die Auswirkungen auf die Justiz. Zu den weiteren berücksichtigten Studien zählen eine Time-Trend-Analyse aus den USA, eine retrospektive Beobachtungsstudie und eine Evaluation zur Kinderschutzgruppenarbeit einschließlich einer Pfadevaluation aus Deutschland. Die Artikel setzen sich hauptsächlich aus Expertenmeinungen und Beschreibungen von Vorgehensweisen, die der OPS ähneln, zusammen.

Anmerkungen

Die OPS 1-945 dient in erster Linie der Verschlüsselung für Abrechnung und Statistik bei „Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ im stationären Setting. Grundlage dieser Vorgehensbeschreibung sind die bewährten praktischen Erfahrungen zu Vorgehensweisen von Kinderschutzgruppen an Kliniken.

Handlungsempfehlungen: OPS 1-945

Nr. 16 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung soll* bei der stationären Abklärung im Krankenhaus multiprofessionell (z.B. Kinderschutzgruppe nach OPS 1-945) vorgegangen werden, um eine Kindeswohlgefährdung zu bestätigen oder auszuschließen.</p>	
<p>Quelle: DAKJ & DGKiM 2016, Goessler 2011, Herbert & Bromfield 2016; Jahresstatistik Kinderhospital Zürich 2000, 2005, 2016; Jaudes & Martone 1992; Krappitz 2016; McDonald 2007; Thun-Hohenstein 2005; Verocai et al. 2013; Wallace et al. 2007</p>	 Empfehlungsgrad A*

Referenz	Textauszug
<p>DAKJ & DGKiM 2016 LoE: 4</p>	<p><i>Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz von Verdachtsfällen durch Ambulanz- und Stationsärzte.</i></p>
<p>Goessler 2011 LoE: 3</p>	<p><i>YWA installed further supervision and support in 53 patients (93%). For the remaining three CPC, YWA did not consider further measures to be necessary. Support consisted of repeated home visits in 47 cases (84%), and in-depth care from a social worker in 12 cases (21%).</i></p>
<p>Herbert & Bromfield 2016 LoE: 2++</p>	<p><i>Again the CAC was more likely to provide a physical exam, a genital exam where needed, referral to counselling, sexually transmitted infection (STI) tests, or treatment for STIs where necessary. While these services seemingly did not impact on criminal justice outcomes in this study (Edinburgh et al. 2008), the increased use of examinations did result in the increased detection of genital trauma, which may have impacted on the strength of cases.</i></p> <p><i>Shepler (2010) found that neither rates of revictimization at 24 months since the allegation or time to revictimization differed between participants who received services at a CAC, or the traditional model of care (N = 370).</i></p> <p><i>This review of studies exposes some significant issues with the body of evidence for the CAC model. For such a profligate way of responding to the extremely important issue of child sexual abuse to have such limited research and limited evidence of its efficacy in terms of child and family outcomes is highly concerning</i></p>
<p>Jahresstatistik Kinderhospital Zürich 2000, 2005, 2016 LoE: 3</p>	<p><i>Bestand vor diesem Zeitpunkt [1969] bei Kindsmisshandlungen oft noch das große Dilemma „einsamer Helfer versus Zusammenarbeit“, so sind seither für uns interdisziplinäres Vorgehen sowie Vernetzung eine Selbstverständlichkeit und Maßstab professioneller Kinderschutzarbeit. Unser Grundsatz „Kinderschutz nie im Alleingang!“ – und somit besonnenes Reflektieren in einem Team – dient einem maßgeschneiderten Vorgehen unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte und schützt hoffentlich betroffene Kinder und Familien vor überschießenden, emotionalen Reaktionen unsererseits oder anderer Beteiligter. Interdisziplinäre Zusammenarbeit schützt jedoch auch Mitglieder einer Kinderschutzgruppe oder Drittpersonen, welche eine Kindsmisshandlung vermuten, vor den leider vorkommenden Angriffen von außen.</i></p> <p><i>Nach dem starken Anstieg der Fallzahlen seit den frühen Neunzigerjahren sind die Zahlen seit 1999 leicht rückläufig. Der Grund dafür ist wohl die</i></p>

- Tatsache, dass in den Jahren 1997 – 1999 im Kanton Zürich 19 (!) Kinderschutzgruppen gebildet wurden.
- Jaudes & Martone 1992
LoE: 2+ *The Victim Sensitive Interviewing Program (VSIP) cases when compared with the pre- Victim Sensitive Interviewing Program (pre VSIP) cases showed significant increases in (1) identification of perpetrator (71% of pre VSIP cases and 85% of VSIP cases, $p < 0.0359$), (2) charges pressed if the identification of the perpetrator occurred (33% of pre VSIP cases and 60% of VSIP cases, $p < 0.01$); and (3) indicated cases of sexual abuse by the state child welfare agency (68% of pre VSIP cases and 88% of VSIP cases, $p < 0.006$).*
- Krappitz 2016
LoE: 2+ *Häufig höhere Aufklärungsquote Misshandlung beim Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ggü. dem Krankenhaus ohne Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: 75% vs. 66,7% (2008), 70,6% vs. 60% (2009), 76,5% vs. 55,8% (2010), 66,7% vs. 50% (2011).
Keine häufigere Aufklärungsquote Missbrauch beim Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ggü. dem Krankenhaus ohne Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: 22,2% vs. 0% (2008), 20% vs. 22,2% (2009), 55,6% vs. 30% (2010), 23,5% vs. 25% (2011).
Niedrigere Aufklärungsquote bei Vernachlässigung des beim Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ggü. dem Krankenhaus ohne Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung: 50% vs. 75% (2008), 41,7% vs. 85,7% (2009), 44,4% vs. 52% (2010), 44,8% vs. 40% (2011).
Am Universitätsklinikum (Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung) lag die Aufklärungsquote („wird ausgeschlossen“ und „wird sicher bestätigt“) bei 49,1 % und beim Marienhospital (Krankenhaus ohne Klinischen Pfad Verdacht auf Kindeswohlgefährdung) bei 40,5 %. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Aufklärungsquoten der beiden Studienkliniken bestand nicht ($p = 0,317$). Auch im Hinblick auf die einzelnen Formen von KWG konnte hier, abgesehen von „sonstiger KWG“ ($p = 0,015$), kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (MH: $p = 0,946$; MB: $p = 0,389$; V: $p = 0,127$).*
- McDonald 2007
LoE: 4 *A multidisciplinary approach, or “child protection team,” is strongly encouraged to ensure adequate evaluation, treatment, and follow-up of a potentially abused child. Recommended members for a multidisciplinary team include the admitting or evaluating physician, a children’s physician or children’s forensic specialist, Child Protective Services, social work services, nursing staff, mental health professionals, and law enforcement.*
- Thun-Hohenstein 2005
LoE: 3 *Abteilungen mit KSG verfügen über mehr Betten und Personal, insbes. Psychosoziale MitarbeiterInnen und haben eine doppelt so hohe Entdeckungshäufigkeit.
An das Jugendamt wurden im Durchschnitt 72,7 % ($\pm 22,9$) der Kinder gemeldet, in 27,7 % ($\pm 24,8$) eine Anzeige erstattet.
Die prozentuelle Meldung/Aufnahmen pro Jahr beträgt für Abteilungen mit Kinderschutzgruppen minimal 0,2 bis maximal 3,5%. Für Abteilungen ohne eine Kinderschutzgruppe beträgt die Spanne 0,5 bis 1,0%.*
- Verocai et al. 2013
LoE: 3 *Positive Veränderungen durch die Meldung konnten bei 35/45 (78 %) Kindern und Jugendlichen erzielt werden. Als positive Veränderungen für das Kind, den Jugendlichen wurden genannt: Bewusstwerdung der familiären Probleme, Eigetherapie eines Elternteils, neue familiäre Situationen,*

Wallace et al. 2007

LoE: 3

Schutz des Kindes, des Jugendlichen verstärkt und Sonstiges. Bei den Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen erbrachte die Meldung der Kinderschutzgruppe bei 19/45 (42 %) Familien positive Veränderungen. Als positive Veränderungen für die Familie wurden genannt: Bewusstwerdung der familiären Probleme, Erhöhung der Konsequenz der Eltern, mehr gegenseitige Anerkennung, neue familiäre Situation und Sonstiges.

Die schriftliche Meldung der Kinderschutzgruppe war bei 41/45 (91 %) bearbeiteten Fällen hilfreich für die Mitarbeiter der JWF.

99 infants younger than 12 months of age who sustained at least one fracture received consultation from the hospital's multidisciplinary child abuse team. Ninety-two (93%) children were reported to child protective services by the MCAT for suspected child physical abuse, and 7 (7%) cases were determined not to be suggestive or concerning of abuse (non-reported group).

This study demonstrates that a multidisciplinary child abuse team may assist in identifying non-abusive reasons for fractures and therefore reduce reports of alleged child abuse in young children with fractures.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.16

Die Diagnosestellung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung alleine reicht nicht aus, um eine Kindeswohlgefährdung einzuschätzen. Vielmehr bedarf es neben der Diagnosestellung auch der Beurteilung der aktuellen Schädigungen und der Einschätzung der Folgeschäden, mit dem Ziel eine prognostische Aussage zur Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu treffen. Teil der Perspektivklärung für Kinder und Jugendliche soll dabei immer die Prüfung und Nutzung der Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen des Gesundheitswesens als auch anderer Versorgungsbereiche sein. Die OPS 1-945 unterstützt dieses Zielvorhaben im stationären Bereich.

Anmerkung zu spezifischen Befunden einer Misshandlung oder eines Missbrauchs

Beim Vorliegen spezifischer Befunde für einen Missbrauch oder eine Misshandlung bedarf es einer (gutachterlichen) Begründung zur Bestätigung der Diagnose, die in den meisten Fällen anhand eines interdisziplinären (und multiprofessionellen) Austausches erfolgt.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Nr. 17 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (85%)

Eine Fallkonferenz[#] sollte* so schnell wie möglich stattfinden, dadurch verkürzt sich der Krankenhausaufenthalt des Kindes.

Quelle: Jaudes & Martone 1992; Krappitz 2016; Smith & Efron

LoE 1+ bis 2+ 2005

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Krappitz 2016

LoE: 2+

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des gesamten Beobachtungszeitraumes lag am Universitätsklinikum bei 4,46 Tagen und am St.-Marien-Hospital bei 6,42 Tagen. Dieser Unterschied ist primär nicht signifikant ($p = 0,181$).

Unter Berücksichtigung jeder einzelnen Form von KWG für sich zeigt sich, dass eine KWG-Behandlung am UKB signifikant kürzer war als am St.-Marien-Hospital ($p = 0,003$).

Smith & Efron 2005

LoE: 1+

Children in the SCAN group (case conference within 24 hours of admission) experienced significantly shorter hospital admissions (42.4 hours) than those in the NOSCAN group (a case conference might or might not have been held; 99.7 hours).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 16 & Nr. 17

Beide Handlungsempfehlungen beziehen sich auf das stationäre Setting. Die zugrunde liegenden Studien schaffen eine Evidenz für den multiprofessionellen Austausch bei der Einschätzung der Diagnose Kindeswohlgefährdung im stationären Setting (z.B. Kinderschutzgruppen). Es gibt keine validen Erkenntnisse, die den Erfolg des multiprofessionellen Austauschs für den ambulanten Bereich widerlegen. Allerdings gibt es andererseits keine Studien, die eine Wirksamkeit im deutschen Versorgungssetting belegen. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

Wichtig ist das zweistufige Vorgehen. Nach der multiprofessionellen Abklärung in der internen Fallbesprechung wird entschieden, ob eine Fallkonferenz mit dem Jugendamt und den Eltern durchgeführt werden soll. Die Fallbesprechung im Krankenhaus dient der klaren Aufgabenverteilung, einer verlässlichen zeitlichen Planung, Kostenminimierung für das Krankenhaus und die Kostenträger und ermöglicht eine frühzeitige Perspektivklärung für die und mit den Kindern und Jugendlichen. Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen sollte auch im klinikinternen Kinderschutzprozess ausreichend Berücksichtigung finden ([siehe Kapitel 4.1](#)).



Vorbereitung und Durchführung einer Fallkonferenz

- frühzeitige Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit dem Jugendamt
- verbindliche Festlegung der notwendigen Teilnehmenden (in der Regel wie in der Fallbesprechung) und deren Einladung (Dokumentation des Termins in das klinische Informationssystem)
- Klärung der Raumfrage für die Fallkonferenz
- Festlegung des weiteren Vorgehens und der Verantwortlichkeiten

Die Fallkonferenz sollte zeitlich limitiert und in zwei Stufen gegliedert sein:

Austausch der Fachkräfte

- Darlegung der erhobenen Befunde, Beobachtungen und medizinisch notwendigen Behandlungsschritte etc.
- Darlegung der bisherigen Schritte der Kinder- und Jugendhilfe, beispielsweise Darlegung des bisherigen Hilfeplanes nach SGB VIII.
- Entwicklung von Lösungsstrategien, Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Austausch mit den Personensorgeberechtigten und Kindern/Jugendlichen

Die Fallkonferenz sollte moderiert und die Ergebnisse sollten in einem strukturierten Protokoll festgehalten werden.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

(Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. 2016)

4.3 Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen

In diesem Kapitel werden Themenbereiche der Leitlinie zusammengefasst, die entweder durch die Berücksichtigung von Merkmalen von Kindern und Jugendlichen oder von Merkmalen der Eltern, Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen einer besonderen fachlichen Beachtung bedürfen und im Rahmen einer Vorstellung auffallen können.

Situationen, in denen Merkmale auffallen können

bei Kindern und Jugendlichen	bei Eltern*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen ▪ Kinder und Jugendliche in Notaufnahmen ▪ zahnärztliche Untersuchung ▪ Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten ▪ emotionale Vernachlässigung/Misshandlung ▪ neonatales Drogenentzugssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mütterliche, familiäre oder andere psychosoziale Belastungen ▪ psychische Belastungen ▪ Belastung durch Suchtverhalten ▪ Vorstellung in der Notaufnahme ▪ Schwangeren-Vorsorge

*Eltern, Bezugspersonen, Personensorgeberechtigte

In den oben genannten Situationen oder aufgrund verschiedener Merkmale kann eine Beratung über und Vermittlung von möglichen Hilfe- und Unterstützungsangeboten oder auch eine Abklärung im Rahmen einer Kindeswohlgefährdung erfolgen. Kontextfaktoren helfen der Fachkraft, positive und negative Einflüsse für das Wohl der Kinder und Jugendlichen abzuwägen.

Die Beratung über und die Vermittlung von weitergehenden Angeboten basiert auf der Freiwilligkeit der Personensorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen, auch wenn aus fachlicher Sicht die Notwendigkeit einer Intervention dringend angezeigt scheint.

Bestehen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, dann ist nach § 4 KKG die Situation mit den Personensorgeberechtigten und den Kindern und Jugendlichen zusammen zu erörtern, soweit das Kind dadurch nicht gefährdet wird.

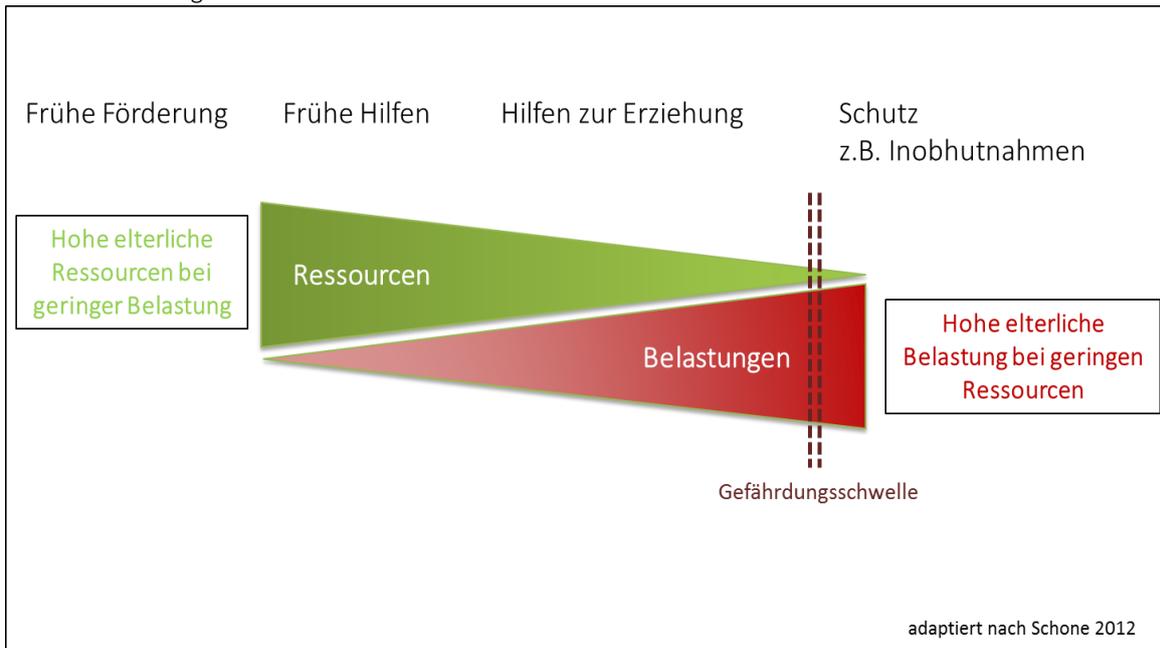
Dabei ist es wichtig, von den Personensorgeberechtigten zu erfahren, inwieweit diese ihren Hilfebedarf und eine Gefährdung des Kindes einschätzen. Außerdem soll die Bereitschaft zur Abwendung einer möglichen Gefährdungssituation eingeschätzt werden und mögliche Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten besprochen und auf deren Inanspruchnahme hingewirkt werden.

Die Abbildung 12 verdeutlicht das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen mit einer groben Zuordnung der Maßnahmen nach dem SGB VIII (siehe Tab. 1 Grundlagen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe).

Niedrigschwelliges Hilfsangebot für Fachkräfte

Die [Medizinische Kinderschutzhotline](#) (Tel. 0800 19 210 00) kann als niedrigschwelliges und bundesweites Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe genutzt werden.

Abb. 12 Darstellung der Hilfs- und Schutzangebote in Abhängigkeit von den vorhandenen elterlichen Ressourcen und Belastungen

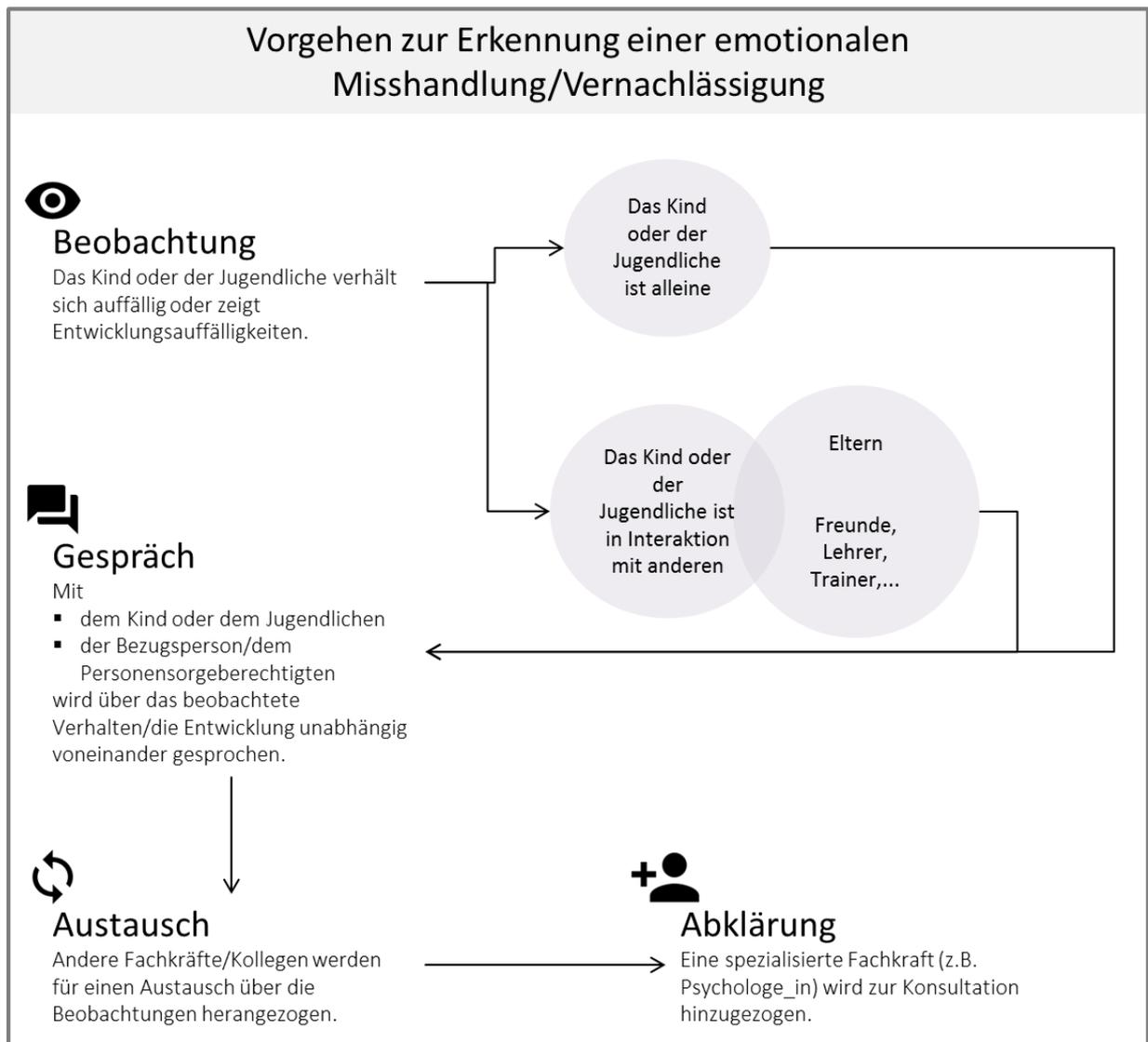


Teil A: Merkmale von Kindern und Jugendlichen

In diesem Teil werden Situationen beschrieben, in denen Fachkräfte in ihrem Berufsalltag mit Kindern und Jugendlichen konfrontiert sind, bei denen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen könnten.

In den Handlungsempfehlungen wird folgendes Vorgehen empfohlen: Beobachten > Gespräche mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten > Beratung mit anderer Fachkraft > Intervention einleiten oder nicht einleiten.

Abb. 13 Von der Beobachtung zur Abklärung



4.3.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

Früherkennungsmaßnahmen für Säuglinge und Kinder sind im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 26 SGB V) gesetzlich geregelt. Sie zählen seit 1971 zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Die Inhalte sind in der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt. Anlage 1 der Kinder-Richtlinie legt Form und Inhalt des Kinderuntersuchungsheftes („Gelbes Heft“) fest. Die Gelben Hefte werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gedruckt und sind für Geburtst Kliniken, Hebammen und Vertragsärzte bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhältlich. Eine [aktuelle Version](#) (Mai 2017) kann online aufgerufen werden.

Seit Einführung der Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen wurden immer wieder Veränderungen in den Kinder-Richtlinien des G-BAs zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern durchgeführt. Im Jahr 2008 wurde mit der Erweiterung „Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat der untersuchende Arzt die notwendigen Schritte einzuleiten“ der Kinderschutz erstmalig aufgenommen (Gemeinsamer Bundesausschuss 15.04.2008; Gesundheitsministerkonferenz 2008, 2008). Aktuell wird der Bezug zum Bundeskinderschutzgesetz wie folgt beschrieben:

„Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 1. Januar 2012 die notwendigen Schritte einzuleiten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017).

Seit der Änderung der Kinder-Richtlinie des G-BA im September 2016 steht auch die Eltern-Kind-Beziehung (siehe Informationen zur Dokumentationsvorlage) stärker im Fokus (Fischer et al. 2011; Gemeinsamer Bundesausschuss 18.06.2015), denn „Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion können zu Störungen in der Entwicklung mit emotionaler Unter- oder Überforderung des Kindes, aber auch zu mangelndem Schutz, mangelnder Pflege bis hin zu manifester oder drohender Vernachlässigung und/oder Misshandlung durch die Eltern führen“.



Dokumentationsvorlage im Kinderuntersuchungsheft für die Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion

Beobachtung der Interaktion

Insbesondere die folgenden Reaktionen des Kindes können der Ärztin oder dem Arzt als Hinweise zur Einschätzung von Stimmung, Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes im Kontakt mit seiner primären Bezugsperson und als weitere Grundlage für das Ärztin- oder Arzt-Eltern-Gespräch dienen:

- Stimmung/Affekt
Das Kind erscheint in Anwesenheit der primären Bezugsperson zufrieden und ausgeglichen. Es bleibt bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson in positiver Grundstimmung ausgeglichen, offen und zugewandt.
- Kontakt/Kommunikation
Das Kind reagiert bei Ansprache oder nonverbaler Kommunikation durch die primäre Bezugsperson mit Lächeln, Wenden des Kopfes oder spontanem Körperkontakt.
- Regulation/Stimulation
Das Kind lässt sich durch Wiegen, Singen oder Ansprache in kurzer Zeit von einer primären Bezugsperson beruhigen. Das Kind reagiert angemessen auf laute Geräusche, helles Licht und Berührung.

Die Inanspruchnahme der Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen ist in Deutschland für die Eltern nicht verpflichtend. Die meisten Länder haben für die Mehrzahl der Untersuchungen eine Meldepflicht

eingeführt. Bei Ausbleiben einer Untersuchung erfolgt in der Regel mindestens eine einmalige Erinnerung. In der Praxis werden Kinderuntersuchungshefte vereinzelt bei der Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt herangezogen.

In Österreich werden die Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen in einen Mutter-Kind-Pass eingetragen. Auch hier sind Eltern nicht verpflichtet, die Untersuchungen in Anspruch zu nehmen. Jedoch ist der lückenlose Nachweis aller Untersuchungen Voraussetzung für die Gewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat.

Ziel der Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen ist „... die Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche). In der täglichen Praxis stellt sich die Frage, ob die Rahmenbedingungen dieser Untersuchungen geeignet sind, um eine Kindeswohlgefährdung zu erkennen. Unbestritten ist, dass im Kinderuntersuchungsheft die körperliche, geistige und psycho-soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dokumentiert werden kann.

Das Versäumen von Untersuchungsterminen wird in der Literatur als Indikator für eine mögliche Kindeswohlgefährdung diskutiert. Die Einhaltung von Terminen soll überprüft und bei Versäumnis durch eine entsprechende Einladung sichergestellt werden. Eine Datenerhebung des Robert Koch-Instituts (2008) zeigt, dass vor allem Patienten mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischem Status den Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen fernbleiben (BZgA & Robert Koch Institut). Inwieweit kulturelle Bedingungen oder fehlende Ressourcen dafür verantwortlich sein können, bleibt unklar. Die Nichtinanspruchnahme einzelner Untersuchungen soll nicht als Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung bewertet werden (Thaiss et al. 2010).

Evidenzlage

Die inkludierten Artikel, die vor Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 veröffentlicht wurden, konnten Inhalte des Gesetzes entsprechend nicht berücksichtigen. Studien, die sich mit dem Einfluss des BKiSchG auf die Praxis beziehen, wurden nicht gefunden. Die vier inkludierten Artikel bestehen aus einem Systematic Review, das sich mit der Feststellung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung anhand von körperlichen Untersuchungen befasst, zwei Expertenmeinungen und einer Gesetzes-evaluation, die allgemein die Durchführung von Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen analysiert. In Evaluationen der Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen werden Faktoren aufgeführt, die eine Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen erschweren und sich in den Handlungsempfehlungen widerspiegeln. Insgesamt ist die Evidenz schwach.

Handlungsempfehlungen: Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

Nr. 18 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Die Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft sollte* (mit Einwilligung der Personensorgeberechtigten/Bezugsperson) bei der ausführlichen Anamnese# zur Feststellung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung berücksichtigt werden.</p>	
<p>Quelle: Hoytema van Konijnenburg et al. 2013; Nothhafft 2008; Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Freistaat Sachsen 2014; Thaiss et al. 2010</p> <p>LoE 2++ bis 4</p>	<p>Empfehlungsgrad B*</p>

Referenz	Textauszug
<p>Hoytema van Konijnenburg et al. 2013 LoE: 2++</p>	<p><i>Die Prävalenz der Auffälligkeiten bei einer körperlichen Untersuchung ohne Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung lag zwischen 7.8% bis 14.6%. Die Prävalenz der bestätigten Zeichen einer körperlichen Misshandlung lag bei 0.8% bis 13.5%.</i></p>
<p>Nothhafft 2008 LoE: 4</p>	<p><i>Natürlich findet im Rahmen einer Früherkennung auch eine eingehende körperliche Untersuchung statt, sodass einige potenzielle Symptome von Kindesmisshandlung erfasst werden könnten. Bislang ist diese klinische Untersuchung jedoch nicht standardisiert. Früherkennungsuntersuchungen sind deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein zielgerichtetes Instrument zum Erkennen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung aus ärztlich-medizinischer Sicht.</i></p>
<p>Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Freistaat Sachsen 2014 LoE: 3</p>	<p><i>Die Jugendämter bewerten die Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der Kindeswohlgefährdung eher gering. Kein Jugendamt stimmt „voll und ganz“ zu, dass diese im Rahmen der Untersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Fünf Ämter stimmen „eher“ zu, zwei „eher nicht“ und eins sogar „gar nicht“. Aus ihrer Sicht sind die Untersuchungen wesentlich besser geeignet, um Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Kindern rechtzeitig zu erkennen. Einstimmig geben sie an, dass die Untersuchungen in diesem Bereich sinnvoll sind.</i></p>
<p>Thaiss et al. 2010 LoE: 4</p>	<p><i>In allen (vorgenannten) Bundesländern, in denen ein Einladungs- und Meldeverfahren für verbindliche Früherkennungsuntersuchungen ein- und eine entsprechende Evaluation durchgeführt wurde, besteht Konsens, dass</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>diese Verfahren als ausschließliches Instrumentarium, um gravierende Fälle von Kindeswohlgefährdung lückenlos zu identifizieren, nur sehr bedingt geeignet sind.</i> • <i>verbindliche Früherkennungsuntersuchungen und der dabei entstehende Arztkontakt sehr wohl geeignet sind, im Rahmen der Anamneseerhebung, der körperlichen Untersuchung und der Betrachtung des sozialen Umfelds entscheidende Hinweise in Verdachtsfällen von Kindesvernachlässigung, Kindesmissbrauch und Kindeswohlgefährdung liefern und Interventionsmöglichkeiten bieten zu können. Im Kontext weiterer Maßnahmen Früher Hilfen, wie in den meisten Ländern im Rahmen gesetzlicher Regelungen mittlerweile etabliert, können deutlich positive Effekte auf die Kindergesundheit erzielt und insbesondere in Risiko- und bisher schwer erreichbaren Familien von Alleinerziehenden, jungen Eltern, Migranten, Kindern ohne Versicherungsschutz durch Steigerung</i>

der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auch die Primärprävention durch Erhöhung der Rate der Schutzimpfungen und der sozialpädiatrischen Beratung gefördert werden.

- diese lernenden Systeme in Verfahrensfragen durchaus noch optimierbar sind.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 18



Die **ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese[#]. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

In der **Sozialanamnese** werden die gesellschaftliche Position und das soziale Umfeld des_der Patienten_in erhoben. Von Interesse sind dabei zum Beispiel die familiäre und berufliche Situation des_der Patienten_in, seine_ihre privaten Interessen oder auch sein_ihr Freizeitverhalten.

Nr. 19 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Ärzte und Ärztinnen (einschließlich ihrer Mitarbeitenden), die Früherkennungsuntersuchungen und andere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, sollen* zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sensibilisiert und fortgebildet werden.

Quelle: Nothhafft 2008; Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz Freistaat Sachsen 2014

LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Nothhafft 2008

LoE: 4

Textauszug

Obwohl repräsentative Daten hierzu fehlen, deuten Einzelbefunde darauf hin, dass niedergelassene Kinderärzte/Kinderärztinnen teilweise nicht über ausreichende Informationen über das Hilfeangebot der Jugendhilfe verfügen oder nicht ausreichend befähigt sind, Eltern zu einer freiwilligen Inanspruchnahme von Erziehungshilfen zu ermutigen.¹⁸ Zum anderen deutet die Befundlage darauf hin, dass die Sensitivität der Vorsorgeuntersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Beziehungsanomalien, eher gering ist, sodass sich die Frage nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung stellt.

So ist etwa festzustellen, dass

- *die Bundesrepublik zwar ein im internationalen Vergleich relativ kostenintensives Kinder- und Jugendhilfesystem unterhält, trotzdem aber im Hinblick auf die von der UNICEF ermittelten Raten an misshandlungs- und vernachlässigungsbedingten Todesfällen nur im Mittelfeld der miteinander verglichenen entwickelten Länder liegt;*
- *trotz hoher Grundqualifikation der in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Fachkräfte und trotz international anerkannter Qualifikation in Deutschland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte vielfach ausgeprägte Unsicherheiten im Hinblick auf Einschätzung und Diagnose bei Kindeswohlgefährdung, aber auch im Hinblick auf fachlich erforderliche Handlungsstrategien bestehen. Dies hat sich über verschieden angelegte Studien zeigen lassen, zudem sprechen hier die Anmeldezahlen für seit kurzem verstärkt angebotene Fortbildungen im Kinderschutzbereich eine deutliche Sprache;*
- *die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe in einer international vergleichend angelegten Untersuchung in Deutschland als wenig ausgebildet und verankert beurteilt wurde. Dies äußert sich beispielsweise in einer nur geringen Anzahl an Meldungen bestehender Kindeswohlgefährdungen aus dem Gesundheitswesen;*
- *Deutschland im internationalen Vergleich eines der wenigen entwickelten Länder ist, das es sich – bislang – leistet, Todesfälle im Kinderschutz nur im Hinblick auf mögliche strafrechtliche Verantwortlichkeiten, nicht aber im Hinblick auf mögliche Lernchancen systematisch zu untersuchen;*
- *die politisch zu gestaltende Diskussion zur Zukunft des Kinderschutzes gravierend durch den Umstand behindert wird, dass wichtige steuerungsrelevante, quantitative Informationen fehlen, die in vielen Ländern als zentral angesehen werden. In der Bundesrepublik aber ist nicht bekannt, wie viele*

Staatsministerium für
Soziales und Verbrau-
cherschutz Freistaat
Sachsen 2014

LoE: 3

Kinder Kindeswohlgefährdungen erleben, wie zuverlässig solche Gefährdungen erkannt werden oder wie erfolgreich dann einsetzende Hilfen und Interventionen wirken. Einzelfallberichte haben eine wichtige mobilisierende Funktion, bieten aber keine reliable Grundlage für die Bewertung von Entwicklungen im Bereich des Kinderschutzes.

Außerdem besteht vereinzelt die Vermutung, dass Ärzte, die Früherkennungsuntersuchungen durchführen und keine Pädiater sind, möglicherweise ungenügend informiert sind, um Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen und insbesondere Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Zwar widersprechen die im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Antworten diesem Eindruck. Allerdings erklärt ein Allgemeinarzt im Rahmen der Fachgespräche, dass er sich einen Handlungsleitfaden für Fälle wünschen würde, in denen er den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung hat.

Etwas geringer schätzen [Netzwerkkoordinatoren] die Wirkung auf die Erkennung von Kindeswohlgefährdung ein. Zwar gibt die große Mehrheit der Koordinatoren an, dass sie „eher“ der Meinung sind, dass auch Kindeswohlgefährdungen durch die Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Nur eine Person stimmt dieser Aussage allerdings „voll und ganz zu“. Probleme bei der Erkennung von Gefährdungen könnten aus ihrer Sicht vor allem aus zwei Gründen entstehen: Zum einen wird häufig angemerkt, dass die Zeit, die den Ärzten für die Untersuchungen zur Verfügung steht, sehr kurz ist. Deswegen können Gefahren nur „bei offensichtlichen Mangelerscheinungen oder körperlichen Vernachlässigungs- und Misshandlungstendenzen mit Sicherheit [...]“ erkannt werden. Zweitens wird von zwei Netzwerkkoordinatoren angegeben, dass vorausgesetzt werden muss, „dass der Arzt Wissen/Kenntnisse zu KWG haben muss. Auch zu KWG wie Vernachlässigung und/oder emotionale Kindesmisshandlung [...]“. Ähnlich skeptisch in Bezug auf die Sensibilität und Handlungssicherheit der Ärzte äußert sich ein weiterer Koordinator und erklärt: „[...] niedergelassene Kinderärzte sind kaum zum Thema Kindeswohlgefährdung sensibilisiert und schauen eher weg.“

4.3.2 Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen

Sind Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll zur Erkennung einer Kindesmiss-handlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung?

Ein Screening ist ein Testverfahren zur Eingrenzung bestimmter Risikoindikatoren oder zur Identifizierung von Krankheiten, das bei einer definierten Population eingesetzt wird. Messgrößen für die Validität sind die Sensitivität (wie viele der tatsächlichen Fälle findet das Verfahren?) und die Spezifität (wie viele der Gesunden werden sofort richtig als gesund klassifiziert?) (Spix und Blettner 2012).

Bevor ein Screening flächendeckend eingeführt wird, sollte dieses geprüft werden. Wünschenswert ist eine hohe Teilnehmerzahl von zufällig gewählten Teilnehmern. Screeningverfahren und auch die Feststellung der Diagnose sollen eindeutig beschrieben werden, damit die Anwendung qualitativ gleichwertig sein kann.



Begriffserklärung zu Screening

„Screening für eine Erkrankung ist die Untersuchung asymptomatischer Personen mit dem Ziel, sie in Bezug auf die Zielkrankheit in solche mit hoher und solche mit niedriger Wahrscheinlichkeit, die Krankheit zu haben, einzuteilen. Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit werden weiter untersucht, um zu einer endgültigen Diagnose zu gelangen. Als krank diagnostizierte Personen werden anschließend therapiert.“

- Sensitivität: Anteil der Test-Positiven unter den Erkrankten. Eine hohe Sensitivität bedeutet wenig Falsch-Negative.
- Spezifität: Anteil der Test-Negativen unter den Nicht-Erkrankten. Eine hohe Spezifität bedeutet wenig Falsch-Positive.
- Screeningprävalenz: Anteil der zum Zeitpunkt des Screenings in der präklinischen Phase befindlichen Personen unter den Screening-Teilnehmern.
- Positiver Vorhersagewert (PV): Anteil der Erkrankten an den Test-Positiven. Ein hoher PV bedeutet wenig Falsch-Positive. Der PV ist abhängig von der Prävalenz: Je kleiner sie ist, desto geringer ist der PV.

(Spix und Blettner 2012)

Krüger et al. (2017) berichten in der Übersicht zu evidenzbasierten Erkenntnissen zu Maßnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen, dass Experten_innen die Wichtigkeit von drei Aspekten betonen, bevor ein Screeninginstrument in die Praxis eingeführt wird:

- Wer wendet das Instrument an?
- In welchem Setting wird es angewendet?
- Wer ist der_die Adressat_in?

Alle Experten_innen waren sich einig, dass ein Screeninginstrument in einem entsprechenden Netzwerk bzw. Versorgungssystem verankert werden müsse. Der funktionierenden Kooperation von Akteuren unterschiedlicher Handlungskontexte (Soziales, Gesundheit, Justiz) müsse entsprechend Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Ein lückenloses und niederschwelliges Unterstützungs- und Beratungsangebot für Betroffene (inkl. [Klein-]Kinder stellt die Erziehungsberatung nach [§ 28 SGB VIII](#) dar. Dieses ist zu sichern und weiterzuentwickeln. Insgesamt würden verlässliche interdisziplinäre Vernetzungsstrukturen eine Verbesserung im Abklärungsprozess ebenso wie in der Reaktion auf entsprechende Befunde ermöglichen.

**Ziele: Prävention & Intervention**

- Angebot von Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen vermitteln (Herausforderung: Freiwilligkeit der beteiligten Kinder und Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten)
- frühzeitiges Erkennen einer möglichen Gefährdung von Kindern und Jugendlichen
- Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche einleiten

Evidenzlage

Das Ergebnis der Literaturrecherche bildet ab, dass ein Screening auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen als Personensorgeberechtigte ausgehen kann. Die niederländischen Studien zu Screeningverfahren in der Notaufnahme ergaben einen positiven Vorhersagewert (PV) für das Erkennen einer Kindeswohlgefährdung anhand der Personensorgeberechtigten von $PV=0,91$ in Diderich et al. (2014) (siehe auch [4.3.10 Screening von Erwachsenen](#)). Dieser fiel damit deutlich höher aus als der $PV=0,03$ in Sittig et al. (2016), von denen Kinder und Jugendliche in Notaufnahmen auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung gescreent wurden.

Inwieweit sich der positive Vorhersagewert ändert, wenn nur Kinder unter drei Jahren mit einer Verletzung auf eine Misshandlung gescreent werden, ist nicht untersucht. Eine Evidenz für den Zusammenhang von Misshandlung oder/und Vernachlässigung und thermischen Verletzungen bei Kindern bis 18 Jahre wurde anhand eines systematischen Reviews, einer retrospektiven Studie und eines narrativen Reviews untersucht (siehe auch [4.4.3 Thermische Verletzungen](#)).

Das (frühzeitige) Erkennen einer Misshandlung, einer Vernachlässigung, Zeugenschaft von Gewalt oder auch des Erkennens von Hilfe- und Unterstützungsbedarf wurde anhand einer multiprofessionellen Einschätzung vorgenommen.

Handlungsempfehlungen: Screening auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung in der Notaufnahme

Nr. 20 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung soll* nicht durchgeführt werden.</p>	
<p>Quelle: LoE 2++ bis 3 Bailhache et al. 2013; Hoytema van Konijnenburg et al. 2013; Louwers et al. 2010; Louwers et al. 2014; Schouten et al. 2017; Sittig et al. 2016; Verbeek et al. 2012</p>	 Empfehlungsgrad A*

Referenz	Textauszug
Bailhache et al. 2013 LoE: 2+	<i>In 2012, there is low-quality evidence on the accuracy of instruments for identifying abused children. Identified tools were not adapted to screening because of low sensitivity and late identification of abused children when they have already serious consequences of maltreatment. Development of valid screening instruments is a pre-requisite before considering screening programs.</i>
Hoytema van Konijnenburg et al. 2013 LoE: 2++	<i>Because of the lack of informative studies, we could not draw conclusions about the diagnostic value of a screening physical examination in children without prior suspicion of child maltreatment.</i>
Louwers et al. 2010 LoE: 2++	<i>Effectiveness not shown. A significant increase of suspected abuse, but number of confirmed cases were not reported. Although screening for child abuse at emergency departments (EDs) is known to increase the detection rate of potential child abuse, an accurate screening instrument for use in the ED setting is still lacking.</i>
Louwers et al. 2014 LoE: 2+	<i>In the present cohort, in only 0.3% of the screened ED patients and 0.1% of children not screened was potential abuse detected. For both situations, this percentage is very low.</i>
Schouten et al. 2017 LoE: 2++	<i>The checklist SPUTOVAMO-R2 has a low detection rate of child abuse within the OPC setting, and a high false positive rate. Therefore, we recommend to use the shortened checklist only as a tool to increase the awareness of child abuse and not as a diagnostic instrument.</i>
Sittig et al. 2016 LoE: 2++	<i>Panel inter-rater agreement for inflicted injury was 0.82 (95% CI 0.80 to 0.84), for injury caused by neglect 0.07 (95% CI 0.02 to 0.11), and for need for help from social services 0.40 (95% CI 0.35 to 0.44). In conclusion, this checklist has a very high false positive rate for physical abuse, which is unhelpful to services and families.</i>
Verbeek et al. 2012 LoE: 3	<i>A large percentage of reviewed charts contained inadequate documentation to rule out inflicted trauma. Structural use of the sputovamo list and critical examination of the biomechanics of the fractures increased the number of cases of potential child abuse.</i>

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 20

Ein generelles Screening in Form einer Checkliste bei allen Kindern und Jugendlichen, die sich in der Notaufnahme mit einer Verletzung vorstellen, kann nicht empfohlen werden. Die Studien ergaben hohe falsch positive Raten für körperliche Misshandlung, Vernachlässigung und einen möglichen Hilfebedarf. Somit sind die Spezifität und Sensitivität eines solchen Screenings gering. Auch ein Scoring für eine körperliche Misshandlung konnte anhand der systematischen Literatursuche nicht identifiziert werden.

Im praktischen Alltag sollten sich Behandelnde eines verletzten Kindes oder Jugendlichen die Frage stellen, inwieweit das Verletzungsmuster zur Vorstellungsart, zum Alter und Entwicklungsstand des Kindes und zur angegebenen Anamnese passt, um Hinweise für eine nicht akzidentelle Verletzung zu erhalten.

4.3.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Vorgehen bei Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen kann laut Literatur mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung zusammenhängen. Auffälliges Verhalten, wie psychische Probleme, schwierige oder unangemessene Interaktionen zwischen Eltern/Personensorgeberechtigten und Kindern und Jugendlichen, Verhaltensschwierigkeiten, ADHS-Symptomatik oder abnormales Verhalten werden aufgeführt. Konkrete Beispiele sind Defizite in der Lernkapazität oder Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste und Aggressionen (Campbell und Hibbard 2014). Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten geben keinen direkten Rückschluss auf eine vorliegende Kindesmisshandlung, -missbrauch oder -vernachlässigung, können aber ein Hinweis darauf sein.

Die Begrifflichkeiten aus den verwendeten Studien wurden mit den Begriffen *Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten* zusammengefasst. Laut Leitner (2017) sind Verhaltensauffälligkeit und Problemverhalten äquivalent. Problemverhalten ist ein Verhalten,

- „das auf den sich verhaltenden Menschen selbst oder seine Umwelt und Mitwelt über einen längeren Zeitraum belastend und verunsichernd wirkt,
- das in der Auswahl und Intensität nicht der Situation angepasst erscheint und
- das Entwicklungsmöglichkeiten behindert, anstatt sie zu fördern“.

Entwicklungsauffälligkeiten hingegen sind

- entwicklungsbedingte Normabweichungen des Verhaltens oder der Leistungen. Beispiele sind motorische und sprachliche Abweichungen.



Expertenmeinung

Psychische Auffälligkeit von Kindern und das Risiko für frühe Kindheitsbelastungen (ACE)

Psychische Auffälligkeiten und Störungen sind meist multifaktoriell bedingt. Faktoren, die zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen beizutragen vermögen, können einen genetischen und umfeldbedingten Hintergrund haben. Temperamentfaktoren beim Kind können ebenso wie pränatale Risikofaktoren (Substanzabusus, Nikotinabusus, Stress) zu auffälligem Verhalten in der (frühen) Kindheit führen. Kindliche Auffälligkeiten in der (frühen) Kindheit wiederum können zu ungünstigen Entwicklungen in der Eltern-Kind-Interaktion führen und von daher die negative Entwicklung verstärken. Elterliche Belastungen wiederum können die Beziehungs- und Bindungsfähigkeit gegenüber dem Kind beeinträchtigen.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen haben im Vergleich zur nicht betroffenen Bevölkerung ein erhöhtes Risiko, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zu erleben bzw. erlebt zu haben. Das heißt im Umkehrschluss nicht, dass das Vorliegen einer psychischen Störung bei einem Kind automatisch bedeutet, dass es vernachlässigt oder misshandelt wird. Jedoch sollte aus o.g. Gründen bei der entsprechend komplexen Diagnostik als ein Baustein von vielen auch geprüft werden, ob es Anzeichen für Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch gibt. Dies gehört u.a. zum diagnostischen Standardvorgehen der entsprechenden Experten (Kinder- und Jugendpsychiater_innen und –psychotherapeuten_innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten_innen). Ein automatischer Rückschluss bezüglich Familien mit einem Kind, das Verhaltens- oder psychische Auffälligkeiten zeigt, dass hier eine Vernachlässigung, Misshandlung oder sexueller Missbrauch vorliegt, ist völlig unangebracht und durch die Forschung nicht gerechtfertigt. Eher ist eine differenzierte Analyse der aus der Forschung bekannten Risikofaktoren notwendig und eine Analyse der beteiligten Hilfen (auch hinsichtlich der Passgenauigkeit) und des Verlaufs.

Prof. Dr. med. Michael Kölch

Praxisbezug & Anwendung

Für den Umgang mit *Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten* ist es wichtig, nicht vorschnell Rückschlüsse zu ziehen. *Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten* können in unterschiedlichen Settings und von unterschiedlichen Fachkräften wahrgenommen werden. Wird eine *Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeit* wahrgenommen, kann – unabhängig von dem Fachbereich – wie in Abbildung 13 vorgegangen werden.

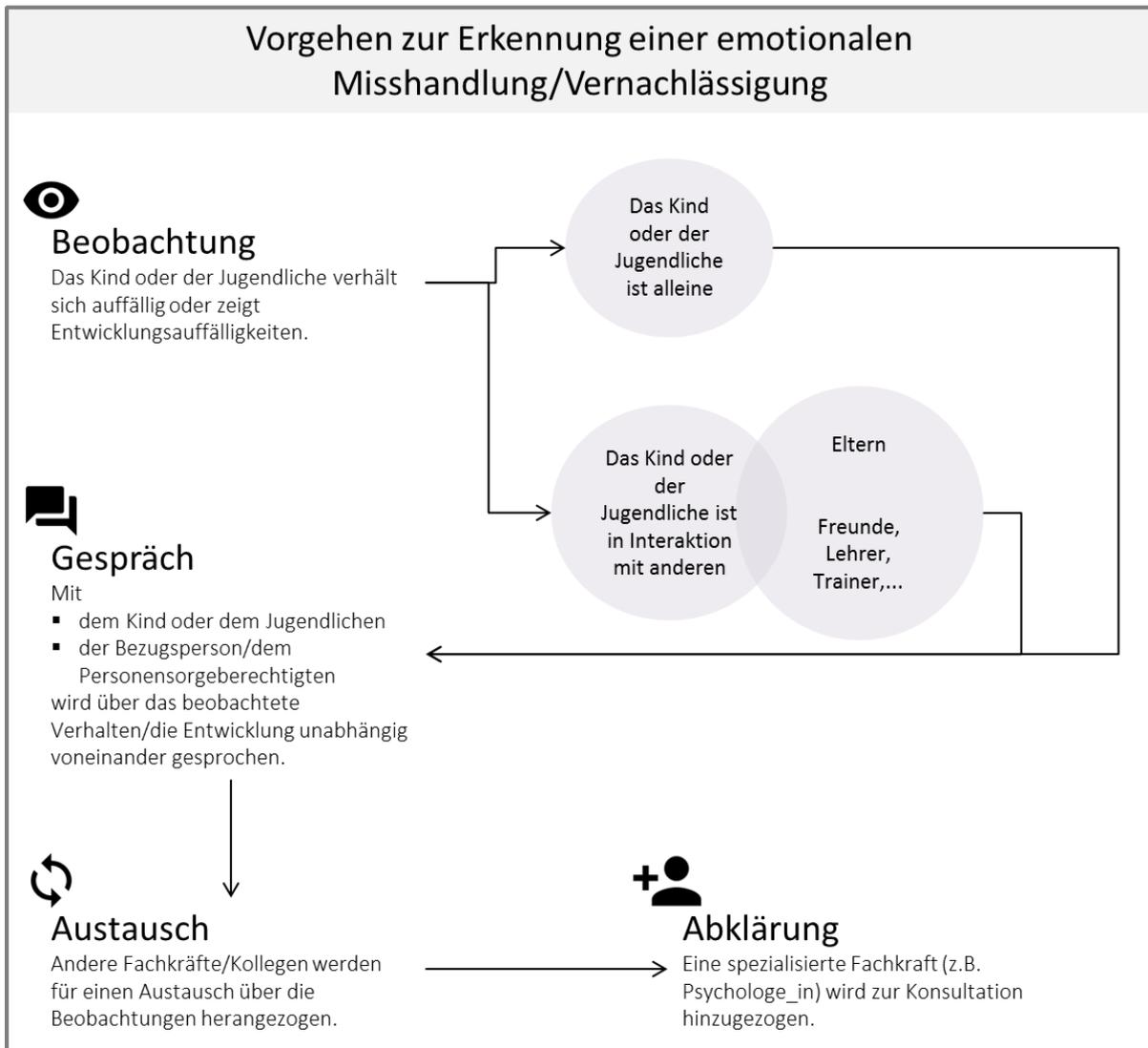


Abb. 13 Von der Beobachtung zur Abklärung

In den Handlungsempfehlungen wird das dreistufige Vorgehen (Beobachtung, Gespräch und Austausch) spezifischer beschrieben. Im weiteren Verlauf können diese Beobachtungen fachspezifisch untersucht und beurteilt werden (z.B. Sprachstörungen werden durch einen_eine Logopäden_in eingeschätzt). Bei bleibendem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung sollte dieser multiprofessionell abgeklärt werden (siehe Handlungsempfehlung Nr. 23). Siehe hierzu auch [4.3.4 Diagnostik und Vorgehen bei emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung](#).

Evidenzlage

Das Ergebnis der Literaturrecherche zeigt, dass *Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten* primär im Zusammenhang mit emotionaler Misshandlung oder emotionaler Vernachlässigung beschrieben werden (für weitere Details siehe [4.3.4 Diagnostik und Vorgehen bei emotionaler Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung](#)). Die Evidenzlage ist schwach. Vier eingeschlossene Expertenmeinungen, eine quantitative Befragung von Ärzten_innen und zwei systematische Übersichtsarbeiten wurden eingeschlossen. Es liegt keine Studie vor, die eine Kohorte von Kindern oder Jugendlichen mit *Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten* untersucht oder prüft, ob eine Kindeswohlgefährdung bei den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen vorliegt. Andersherum liegen Studien vor, in denen bei bestätigter Kindeswohlgefährdung Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen untersucht werden.

Handlungsempfehlungen: Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Nr. 21 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsens (82%)
<p>Da beobachtete Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung wurzeln können, ein spezifischer Rückschluss auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung aber nicht möglich ist, sollten* Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Auffälligkeiten alters- und entwicklungsgerecht angesprochen und nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld gefragt werden.</p>		
Quelle:	Campbell & Hibbard 2014; Hornor 2012	
LoE 4		Empfehlungsgrad B*

Referenz	Textauszug
Campbell & Hibbard 2014 LoE: 4	<i>By listening to children and taking their concerns and fears seriously, the medical professional can provide a positive influence and help the child explore and identify other possible positive role models and supports in their lives—a trusted teacher, relative, clergy, or coach. By making a report to Child Protective Services whenever any behavior is observed or suspected that is harming or damaging either emotionally or physically to a child, one can take the first step toward helping ensure the child and his or her family receive the services and assistance they need.</i>
Hornor 2012 LoE: 4	<i>Most often it is the child's behaviors or psychological difficulties that first raise the concern of possible maltreatment or some form of other problems within the family.</i>

Nr. 22 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsens (85%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten sollten* Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen darauf angesprochen und gefragt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet? ▪ Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein? ▪ Wie reagieren Sie auf Auffälligkeiten? 		
Quelle:	Campbell & Hibbard 2014; Hornor 2012	
LoE 4		Empfehlungsgrad B*

Referenz	Textauszug
Campbell & Hibbard 2014 LoE: 4	<i>Medical professionals can identify children at risk of emotional maltreatment by noting difficult or inappropriate caregiver-child interactions, paying attention to the facial expressions and language used by the caregiver when describing his or her child, and by being aware of specific risk factors for emotional maltreatment that may be present in the family's social history.</i>
Hornor 2012 LoE: 4	<i>One possible result of early childhood emotional maltreatment is reactive attachment disorder (RAD; Hornor 2008b). RAD is defined as markedly disturbed and developmentally inappropriate social relatedness that usually</i>

begins before the age of 5 years. RAD can present as a persistent failure to initiate or respond in a developmentally appropriate fashion to most social situations. The child avoids or resists comforting or exhibits a frozen watchfulness; he or she appears to be unable to or has great difficulty forming relationships with anyone. Conversely, RAD also can present as excessive familiarity with strangers or a lack of selectivity in the choice of attachment figures—that is, the child may form attachments to just about anyone. These manifest behaviors are exhibited after pathogenic care, consisting of the persistent disregard of the child’s basic emotional needs for comfort, stimulation, and affection; persistent disregard of the child’s basic physical needs; and/or repeated changes of primary caregivers that prevent the formation of stable attachments (American Psychiatric Association 2000).

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen Nr.21 & Nr.22

Das Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen und den Bezugspersonen oder Personensorgeberechtigten sollte möglichst während oder unmittelbar nach der Beobachtung einer Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeit stattfinden. So ist die Beobachtung bei den Gesprächspartnern_innen präsent und die aufgefallene Situation ist greifbarer. Das Gespräch sollte objektiv geführt werden, ohne dem_der Gesprächspartner_in etwas vorzuwerfen. In dem Gespräch mit Kindern und Jugendlichen liegt der Schwerpunkt auf dem Erkundigen nach dem Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen.



Praxistipps für Fachkräfte

Fragen Sie Kinder und Jugendliche nach ihrem Wohlbefinden.

- *Wie geht es dir?*
- *Wie schätzt du die Situation ein?*

Empfehlungen für das Gespräch

- Nehmen Sie die Äußerungen ernst.
- Zeigen Sie, dass Sie die Äußerungen verstehen, und hören Sie aufmerksam zu.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht richtig verstanden haben, und lassen Sie es sich erklären.
- Versprechen Sie nichts, was Sie nicht halten können.
- Planen Sie zusammen die nächsten Schritte.
- Informieren Sie die Beteiligten über das weitere Vorgehen.
- Informieren Sie bei Bedarf auch über Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen.

Entsteht aufgrund des Gespräches der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, wird das Vorgehen nach § 4 KKG empfohlen (siehe auch Abb. 10)

Nr. 23 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Konsens (79%)

Wenn bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung besteht, sollten* Informationen, die aus verschiedenen Quellen des kindlichen Umfelds stammen, zusammengetragen werden, um den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu entkräften oder zu erhärten.

Hierbei müssen die geltenden Datenschutzbestimmungen berücksichtigt werden.

Quelle: Campbell & Hibbard 2014; Hornor 2012; Maguire et al. 2015; Naughton et al. 2013; Scivoletto et al. 2010

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Campbell & Hibbard
2014

LoE: 4

[Emotional maltreatment]. Programs that incorporate a multiagency, collaborative approach have had success in identifying victims of emotional maltreatment at a younger age and in helping to address the social, behavioral, and emotional symptoms these children often experience.

Prevention/intervention techniques must focus on improving life circumstances of the child and caregivers.

Studies that do not limit their definition to parent-child relationships find that children report being emotionally maltreated by a variety of perpetrators. These perpetrators are most often an older person who is important in the life of the child and can include relatives, teachers, coaches, babysitters, and other adults in a position of authority over the child.

Hornor 2012

LoE: 4

[Emotional maltreatment]. On occasion, parent-child interactions observed in the clinical setting raise the concern of possible emotional maltreatment. Most often, however, additional information is necessary when making the diagnosis of suspected emotional maltreatment, including reports from schools, mental health counselors, child care workers, and other professionals involved with the family. For all children presenting with behavioral concerns, a thorough psychosocial history should be obtained. The accompanying parent should be informed that because family problems, violence, and abuse are common in our society, these questions are asked of all families.

PNPs (pediatric nurse practitioners) should gather and process information garnered from observations of child-parent interactions, familial psychosocial history, child maltreatment screening questions asked of the parent and child, the physical examination, and reports from other involved professionals such as teachers or child care workers. If the processed information raises a concern of suspected child maltreatment of any form, including suspected emotional maltreatment, a report must be made to CPS (Child Protection Services). Your concerns and your need to report must be discussed with the parents.

Maguire 2015

LoE: 2++

School-aged children presenting with poor academic performance, ADHD symptomatology or abnormal behaviours warrant assessment of neglect or emotional abuse as a potential underlying cause.

Naughton 2013

LoE: 2++

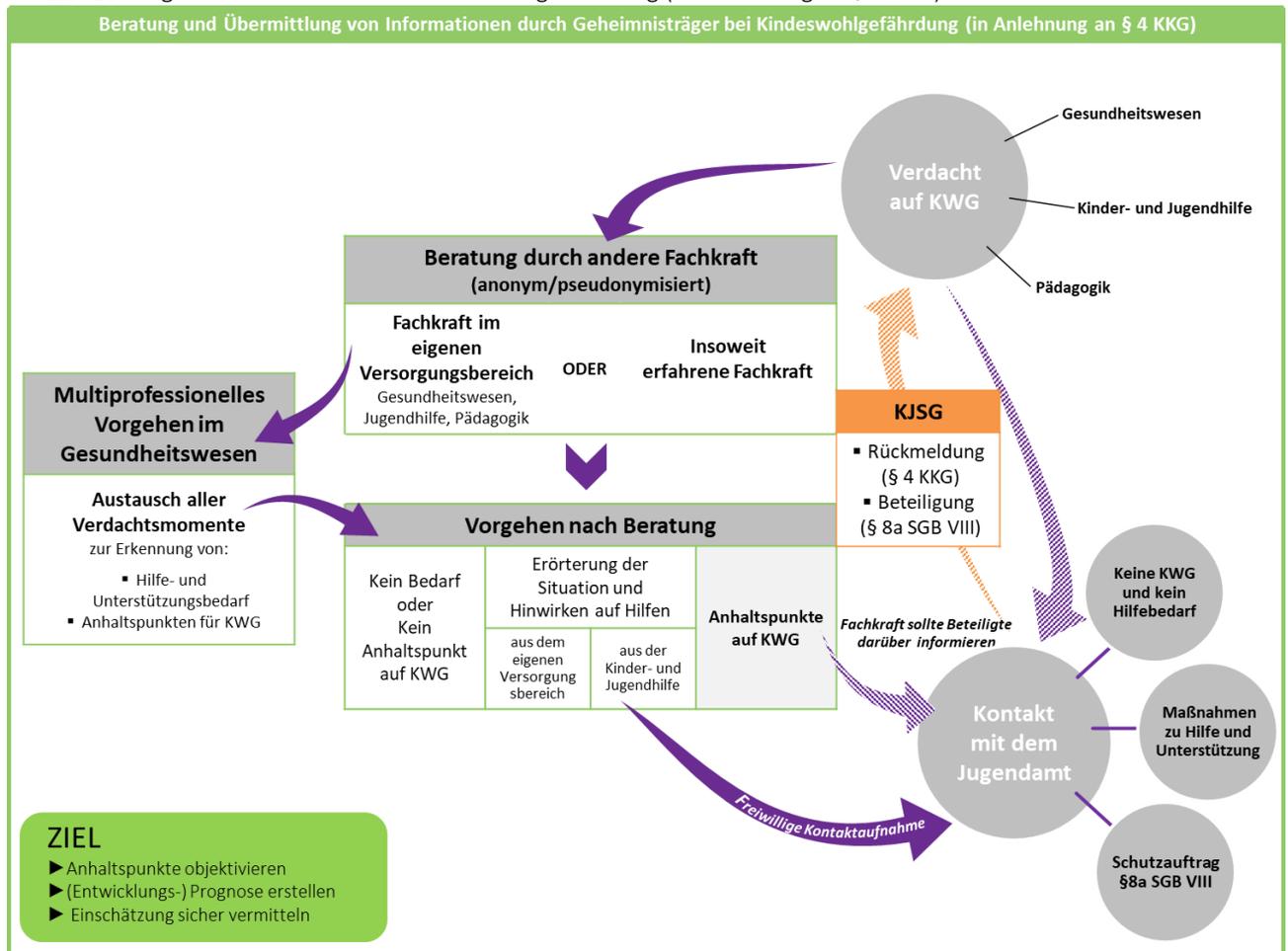
Preschool children who have been neglected or emotionally abused exhibit a range of serious emotional and behavioral difficulties and adverse

mother-child interactions that indicate that these children require prompt evaluation and interventions.

Scivoletto et al. 2010
LoE: 4

[Physical or psychological violence, sexual abuse or serious neglect]. After the substantiation of the diagnostic suspicion of violence following evaluation by doctors from different specialties and by a social worker, medical, psychological, and social reports should be made and urgently forwarded to the relevant commission on child and adolescent protection and children's and youth court.

Abb. 10 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (in Anlehnung an § 4 KKG)¹⁰



¹⁰ Ergänzt aufgrund KJSG: Eine Rückmeldung von Seiten des Jugendamtes bei Eingang eine Gefährdungsmittlung an den meldenden Geheimnisträger_in soll zeitnah erfolgen (vgl. § 4 KKG) und Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des KKG dem Jugendamt Daten übermittelt haben, hat das Jugendamt in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist (vgl. § 8a SGB VIII).

4.3.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung

Die emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung eines Kindes oder Jugendlichen tritt häufig zusammen mit anderen Misshandlungsformen auf (Häuser et al. 2011); Fallabfrage Kinderschutzleitlinie). Häufig wird zwischen einer emotionalen „Ausübung“ (Misshandlung) und „Unterlassung“ (Vernachlässigung) unterschieden (Tonmyr et al. 2011; World Health Organisation and International Society for Prevention 2006). In Bezug auf emotionale Vernachlässigung können Bezugspersonen von Kindern oder Jugendlichen unterschiedlich emotional misshandeln oder vernachlässigen. Die Kinderrechte und die Sicherstellung der Bedürfnisse ihrer Kinder gehört zur Pflicht der elterlichen Sorge.

Beispiele für eine emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung können Schuldzuweisungen, Muster der Herabsetzung, Bedrohung, Einschüchterung, Diskriminierung oder Herabschauen (jemanden lächerlich machen), Bewegungseinschränkung, inadäquate oder fehlende emotionale Fürsorge und Zuwendung und andere nicht körperliche Formen der Ablehnung oder feindlichen Behandlung sein (World Health Organisation and International Society for Prevention 2006; Deegener & Körner 2005). Zur Einordnung und Beschreibung einer emotionalen Vernachlässigung und Misshandlung werden die folgenden Definitionen genutzt:



Definitionen

Emotionale Misshandlung

Bei dieser Misshandlungsform beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen:

1. Entwertung des Kindes oder der_s Jugendlichen durch negative Einstellung (z.B. grobe, herabsetzende Sprache; inadäquate Strafen; unrealistische Anforderungen)
2. Instrumentalisierung der Kinder und Jugendlichen in elterlichen Konflikten
3. Vermitteln von Schuldgefühlen an Kinder oder Jugendliche
4. Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten

Die emotionale Misshandlung geht häufig mit einer emotionalen Vernachlässigung einher und ist eine häufige Form der Kindesmisshandlung, jedoch schwer fassbar. Das liegt daran, dass sie kaum sichtbare Spuren hinterlässt und von gesellschaftlichen und innerfamiliären Normen abhängt.

Emotionale Vernachlässigung

Bei der emotionalen Vernachlässigung handelt es sich um andauernde oder extreme Vernachlässigung der Bedürfnisse eines Kindes.

Es werden für folgende Bereiche die Bedürfnisse erfasst:

- 1) Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit: Das Bedürfnis nach einem Familienumfeld, das frei von Feindseligkeit und Gewalt ist, sowie dem Bedürfnis nach einer konstant verfügbaren und stabilen Bezugsperson.
- 2) Das Bedürfnis nach Akzeptanz und Selbstwertgefühl: Das Bedürfnis nach wohlwollender Aufmerksamkeit und der Abwesenheit von extrem negativer und unrealistischer Bewertung.
- 3) Das Bedürfnis nach altersgemäßer Autonomie und Selbständigkeit: Das Bedürfnis des Kindes, seine Umwelt und außerfamiliären Beziehungen zu erkunden, das Bedürfnis sich innerhalb der elterlichen Grenzen und Regeln individuell zu entwickeln, sowie das Bedürfnis des Kindes, keine unangemessenen Verantwortlichkeiten zu tragen oder Beschränkungen auferlegt zu bekommen.

Dabei ist es wichtig, einzuordnen, in welchem Ausmaß allen Bezugspersonen die Erfüllung dieser Bedürfnisse gelingt.

Kinderschutzleitlinienbüro,
in Anlehnung WHO und Maltreatment Classification Systems (Barnett et al., 1993)

Epidemiologie

Laut dem Bundesamt für Statistik (2015) wurde bei 27% der akuten oder latenten Kindeswohlgefährdungen in Deutschland eine psychische Misshandlung festgestellt (Statistisches Bundesamt 2016). Häuser et al. (2011) zeigten in einer Querschnittstudie für eine repräsentative Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung älter als 14 Jahre ($n = 2.504$, Durchschnittsalter 41,3 Jahre), dass 15% der Befragten über eine emotionale Misshandlung, 49,5% über eine emotionale Vernachlässigung, 1,6% über schwere emotionale Misshandlung und 6,6% über schwere emotionale Vernachlässigung in Kindheit und Jugend berichteten (Häuser et al. 2011). Dabei korrelierten alle Formen der Kindeswohlgefährdung signifikant ($p < 0,0001$) miteinander. Am stärksten ist die Korrelation zwischen emotionaler und körperlicher Misshandlung ($r = 0,67$) und emotionaler und körperlicher Vernachlässigung ($r = 0,59$). Die schwächsten Korrelationen bestehen zwischen sexuellem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung ($r = 0,25$) und sexuellem Missbrauch und körperlicher Vernachlässigung ($r = 0,33$).

Auch die Auswertung der Leitlinien-Fallabfrage zeigt, dass emotionale Misshandlung und/oder Vernachlässigung am häufigsten zusammen mit körperlicher Misshandlung auftritt. Bei 3- bis 10-Jährigen taucht eine emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung häufig in Kombination mit einer körperlichen Vernachlässigung auf.

Die Spätfolgen einer emotionalen Vernachlässigung und/oder Misshandlung im Erwachsenenalter zeigen sich in verschiedenen Bereichen. Beispiele dafür sind Alkoholprobleme, soziale Probleme oder schwere psychopathologische Erkrankungen (Norman et al. 2012).

Anwendung & Praxis

Eine emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung führt weniger häufig zu somatischen Symptomen. Oft sind Verhaltensauffälligkeiten das Anzeichen einer emotionalen Vernachlässigung und/oder Misshandlung. Daher ist eine Momentaufnahme von dem Kind oder Jugendlichen häufig nicht ausreichend, um den Verdacht einer Gefährdung äußern zu können. Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung und/oder Misshandlung sollten verschiedene Informationsquellen genutzt werden. So kann das Kind oder der Jugendliche aus verschiedenen Perspektiven und in verschiedenen Umfeldern eingeschätzt werden. Fachkräfte, die das Kind oder den Jugendlichen über einen längeren Zeitraum begleitet haben (z.B. Pädagogen_innen), sind wichtige Kinderschutzpartner_innen. Darüber hinaus soll bei jeder anderen Misshandlungsform berücksichtigt werden, dass eine emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung vorliegen kann.

Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten geben keinen direkten Rückschluss auf eine vorliegende Kindeswohlgefährdung, allerdings können sie ein Hinweis darauf sein. Die gegenwärtige Literatur beschreibt einen Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten ([siehe 4.3.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten](#)) und emotionaler Vernachlässigung und/oder Misshandlung.

Tabelle 10 zeigt Beispiele für Instrumente, die zur Erkennung von Anzeichen für eine emotionale Vernachlässigung und/oder Misshandlung hinzugezogen werden können. Grundlage für die tabellarische Übersicht ist der Systematic Review von (Tonmyr et al. 2011). Sie finden die Tabelle im Anhang.

Evidenzlage

Die Literaturrecherche zu der Thematik emotionale Vernachlässigung/Misshandlung ergab 14 relevante Quellen. Wissenschaftliche Literatur mit einem schwachen Evidenzlevel überwog in der Auswahl. Die

Handlungsempfehlungen basieren auf den Erkenntnissen von fünf narrativen Reviews, vier prospektiven Kohortenstudien, zwei systematischen Reviews, einer Querschnittsstudie und einer qualitativen Studie mittels Interviews.

Es werden besonders die folgenden fünf Aspekte einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung beleuchtet:

- *Die Auswirkungen einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung (bzw. ACE).* Aus den 14 Quellen werden zahlreiche Auswirkungen einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung ersichtlich. Zu den bei Kindern und Jugendlichen erkennbaren Merkmalen zählen Auffälligkeiten in der Eltern-Kind-Bindung, Veränderungen im (Sozial-) Verhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen, kognitive und schulische Leistungsfähigkeit, Gedeihstörungen sowie geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen. Tabelle 3 führt Beispiele aus der Literatur auf. Naughton et al. (2013) kategorisieren emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale bei vernachlässigten oder emotional misshandelten Kindern differenziert nach Alter (0 bis 6 Jahre) (siehe Tab. 4).
- *Die Rolle der (medizinischen) Fachkraft.* Erziehungs-, Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen nehmen bei der Identifizierung von betroffenen Kindern und Jugendlichen eine bedeutende Rolle ein (Maguire et al. 2015). Kinder- und Familienärzte_innen werden als Schlüsselrolle im Erkennen einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung beschrieben (Odhayani et al. 2013; Barlow 2012; Maguire et al. 2015; Michel et al. 2014). Sie [Anmerkung: die Kinder- und Jugendärzte_innen] spielen auch eine wichtige Rolle bei der rechtzeitigen Beurteilung betroffener Kinder und damit auch der Möglichkeit, geeignete Hilfemaßnahmen einzuleiten. In der Studie werden dazu Sicherstellung von Behandlung und ggf. Fremdunterbringung benannt (Odhayani et al. 2013; Barlow 2012). Dies setzt die Bereitschaft der Fachkräfte voraus, sich in diesen Bereichen fortzubilden (Michel et al. 2014).
- *Diagnostik und Therapie.* Für die Diagnostik einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung beziehen sich konkrete Forderungen eines evidenzbasierten Vorgehens vor allem auf die Beurteilung der Eltern-Kind-Bindung (Barlow 2012; Naughton et al. 2013). Laut Tonmyr et al. (2011) bestehen keine eindeutigen und validen Diagnostikinstrumente für emotionale Vernachlässigung/Misshandlung.
- *Stärkung und Unterstützung.* Konkrete Konzepte zur Stärkung und Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen oder Familien werden nicht beschrieben. Allgemein wird gefordert, dass der Zugang zu Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen ermöglicht werden soll.
- *Fortbildungsdefizite für emotionale Vernachlässigung und Misshandlung:* Laut Naughton et al. (2013) und Rees (2010) sind Pädiater_innen im Bereich der emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung weniger geschult im Vergleich zu körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch. Es werden Seminare, Training und eine verbesserte Superversion in dem Bereich gefordert.

Mögliche Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung

Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Merkmale bei Kindern und Jugendlichen, die einen Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung geben können. Die in der Literatur identifizierten Merkmale sind in Tabelle 4 wiedergegeben. Naughton et al. (2013) unterteilen emotionale Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale bei vernachlässigten oder emotional misshandelten Kindern in fünf Alterskategorien. Einen vertiefenden Einblick in Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen bietet die [AWMF S3-Leitlinie Störung des Sozialverhaltens](#) mit Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung.

Tab. 3 Merkmale bei Kindern oder Jugendlichen, die auf eine emotionale Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung hinweisen können.

Merkmale	Beispiele
Eltern-Kind-Bindung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (noch) fehlende Fähigkeit zur Affektregulation des Kindes in Bezug auf die Beziehungen des Kindes zu der primären Bezugsperson.¹ ▪ Negative Interaktion mit der primären Bezugsperson.² ▪ Bindungsstörungen³
(Sozial-)Verhalten	<p>Kinder & Jugendliche > 4 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten, stabile und gesunde Beziehungen aufzunehmen bzw. zu erhalten^{4, 5, 3, 10} ▪ wenig regelkonformes, aggressives, destruktives Verhalten (dadurch wenig gleichaltrige Freunde)^{4, 5, 3, 9} ▪ motorische Verhaltensauffälligkeiten, motorische Stereotypien; emotionale Erstarrung („freezing“)³ ▪ undifferenziertes, übermäßig freundliches Zugehen auf Fremde³ <p>Jugendliche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ delinquentes Verhalten^{7, 9} ▪ aggressives Verhalten⁹
Psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychische Belastungen oder Probleme, die sich durch nach außen gerichtetes Verhalten äußern (z.B. Aggressionen) oder nach innen gerichtetes Verhalten (z.B. geringes Selbstwertgefühl, Aggressionen, die gegen sich selbst gerichtet sind)^{2, 5, 6, 7, 8, 10} ▪ Belastungsstörung^{4, 9} ▪ fehlende Selbstkontrolle, Schwierigkeiten der Gefühlsregulation³ ▪ repetitive Verhaltensweisen, auffälliges Verhalten, Angstzustände, Distanzlosigkeit gegenüber Fremden, aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, emotionale Chaos (bspw. Impulsivität, Starrheit), selbstverletzendes Verhalten³ ▪ Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen³
Kognitive und schulische Leistungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defizite in der akademischen Leistung, im IQ, Gedächtnis, in der Lernfähigkeit und im Gehirnvolumen^{4, 6, 11} ▪ Schwierigkeiten, sich in der Schule anzupassen² ▪ Geringeres Durchhaltevermögen beim Lösen von Aufgaben²
Gedeihstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Failure to thrive⁷
Geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unangemessene Gewohnheiten, wiederholtes Verhalten wie Schaukeln und Daumenlutschen⁷ ▪ geringere produktive und rezeptive sprachliche Fähigkeiten³ ▪ mentale & körperliche Entwicklung⁴ ▪ geringere Werte auf der Bayley Scale of Infant Development¹²

¹ Barlow 2012; ² Egeland et al. 1983; ³ Michel et al. 2014; ⁴ Campbell & Hibbard 2014; ⁵ Dubowitz et al. 2004; ⁶ Maguire et al. 2015; ⁷ Al Odhayani et al. 2013; ⁸ Dubowitz 2002; ⁹ Taussig & Culhane 2009; ¹⁰ Rees 2010; ¹¹ Naughton et al. 2013; ¹² Egeland & Sroufe 1981

Tab. 4 Emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale bei vernachlässigten oder emotional misshandelten Kindern differenziert nach Alter (0 bis 6 Jahre) (Naughton et al. 2013)

Alter in Monaten		Alter in Jahren		
0-20	20-30	3-4	4-5	5-6
Unsicher-vermeidendes Auftreten	Negativität im Spiel	Negativität im Spiel	Schlechte Peer-Beziehungen, schlechte soziale Interaktion, Verhaltensprobleme verbunden mit Aggressivität	Unsicher-vermeidendes Auftreten
Unsicher-desorganisiertes Auftreten				
Kognitive Fähigkeiten verringert, Entwicklungsverzögerung	Verringerte soziale Interaktion	Verzögerungen in komplexer Sprache	Verzögerungen in komplexer Sprache	Schlechte Peer-Beziehungen; bewerten sich selbst als wütend, andere nehmen sie als traurig/verletzt wahr
Passives zurückgezogenes Verhalten	Defizite der Gedächtnisspeicherung	Schwierigkeiten mit Beschreibung von Emotionen	Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Emotionen – Voreingenommenheit für traurige Gesichter Dysregulation von Emotionsmustern In hilflosen Situationen werden andere Personen nicht als Hilfe erkannt	Geringe Selbstachtung Abweichende Moralvorstellungen; Neigung, zu schummeln und Regeln zu brechen

Handlungsempfehlungen: Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung

Nr. 24 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Mehrheitliche Zustimmung (72%)
<p>Bei Verdacht auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung soll* eine ausführliche Anamnese[#] der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden.</p>	
<p>Quelle: Al Odhayani et al. 2013; Campbell & Hibbard 2014, Michel et al. 2014</p> <p>LoE 3 bis 4</p>	Empfehlungsgrad A*

Referenz	Textauszug
<p>Al Odhayani et al. 2013 LoE: 3</p>	<p><i>(Audience: family physician) Emotionally abused children might also persist with age-inappropriate habits and repetitive behavior (e.g. rocking, thumb-sucking).</i></p> <p><i>Emotional deprivation might be suspected in the context of the following: Failure to thrive; refusal to eat; antisocial behavior (aggression or withdrawal); anxiety or depression; attention-seeking behavior; delinquent behavior; or behavior suggestive of emotional turmoil, e.g. compulsion, rigidity, or non-communication.</i></p>
<p>Campbell & Hibbard 2014 LoE: 4</p>	<p><i>(Audience: medical professional) Emotional maltreatment affects a child's mental and physical development and may lead to deficits in academic performance, IQ, memory, learning capacity, and brain volume. Children who are victims of emotional maltreatment also suffer from a wide range of social and behavior difficulties including depression, personality disorders, anxiety, and aggression.</i></p>
<p>Michel et al. 2014 LoE: 4</p>	<p><i>(Audience: pediatrician) In bindungsrelevanten Situationen zeigen solche Kinder widersprüchliche motorische Verhaltensweisen, motorische Stereotypen oder geraten gar in emotional erstarrte Zustände („freezing“).</i></p> <p><i>Werden Säuglinge oder Kleinkinder über längere Zeit stark vernachlässigt, kann es außerdem zu tiefgreifenden Bindungsstörungen kommen. Diese äußern sich z. B. durch eine Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Unwillen bei Zuspruch durch die Bezugsperson sowie Einschränkungen der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen und Aggressivität gegen sich selbst und andere.</i></p>

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.24



Die **ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese[#]. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

In der Sozialanamnese werden die gesellschaftliche Position und das soziale Umfeld des_der Patienten_in erhoben. Von Interesse sind dabei zum Beispiel die familiäre und berufliche Situation des_der Patienten_in, seine_ihre privaten Interessen oder auch sein_ihr Freizeitverhalten.

Nr. 25 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
---	-------------------------------

Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/Misshandlung der Kinder und Jugendlichen sollten* Schutz- und Risikofaktoren kritisch eingeschätzt werden.

Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.

Quelle: Al Odhayani et al. 2013; Barlow 2012, Campbell & Hibbard 2014, Hoytema van Konijnenburg et al. 2015, Michel et al. 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Al Odhayani et al. 2013

LoE: 3

The diagnosis of emotional abuse can be made when 1 of the following diagnostic criteria is present among other factors: situations in which the only parent is floridly psychotic or severely depressed and hence incapable of caring for the child

Barlow 2012

LoE: 4

A range of mental health problems have been identified as impacting the parent-infant relationship. Postnatal depression, for example, has been shown to be associated with parental intrusiveness and/or neglect, while more severe mental illnesses (SMIs) such as Schizophrenia have been associated with less sensitivity and responsivity to the baby, with maternal responding that is more remote, insensitive, intrusive and self-absorbed, and with speech that is less infant-directed.

Although there is currently no research that has explicitly examined the parent-infant interaction of women experiencing domestic violence, research suggests an impact of domestic violence during infancy in terms of increased infant distress reactions to conflict, and trauma symptoms, with evidence that the impact of such violence on infant externalizing behaviour is mediated by parental mental health and parenting behaviours.

Particular attention should be given to parents who may be at high risk of maltreatment including parents who have already had a child removed or who have a child with a protection plan in place, parents with mental health problems, substance dependency or where there may be partner abuse.

Campbell & Hibbard 2014

LoE: 4

Domestic violence or intimate partner violence occurs more often among couples who have children than those who do not and puts the child at an increased risk of emotional and physical maltreatment.

An analysis of existing data by Dube and colleagues⁴² determined that children who were exposed to domestic violence were 6 times more likely to be emotionally abused, 4.8 times more likely to be physically abused, and 2.6 times more likely to be sexually abused than children who had no history of exposure to domestic violence.

Hoytema van Konijnenburg et al. 2015

LoE: 3

Amsterdam Protocol. Maltreatment was confirmed in 39% and suspected in 12%. It was judged that there was no maltreatment in 26% and maltreatment status was unknown in 23%. The most common type of maltreatment was being a witness of intimate partner violence, followed by emotional neglect. The majority of maltreatment cases (36%) represented a single type of maltreatment, two or more types of maltreatment occurred in 14%. Hague Protocol. Maltreatment was confirmed in 91% and suspected in 7%. It was judged that there was no maltreatment in 2% and maltreatment

status was unknown in 1% (n = eight families). The most common type of maltreatment was being a witness of intimate partner violence, followed by pedagogical neglect. The majority of maltreatment cases (70%) represented a single type of maltreatment, two or more types of maltreatment occurred in 27%.

Michel et al. 2014

LoE: 4

Gelingt es ihnen dennoch, sich selbst als aktive Gestalter ihres Lebens zu sehen, wirkt sich dies positiv auf ihre Anpassung und Entwicklung aus. Ein weiterer, besonders wichtiger Faktor, der das Risiko von mangelnder Anpassung und psychopathologischer Störung reduziert, ist das Vorhandensein von zuverlässigen erwachsenen Bezugspersonen außerhalb der vernachlässigenden Beziehung, sei es in der weiteren Familie, der Schule, Nachbarschaft oder Gemeinde.

Manche Jugendliche und Erwachsene, die in ihrer Kindheit vernachlässigt wurden, zeigen hingegen kaum bis gar keine Entwicklungsabweichungen.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.25

Bei dieser Handlungsempfehlung wird auf die Erhebung von Kontextfaktoren (Schutz- und Risikofaktoren) hingewiesen, die helfen, die Ausprägung und den Schweregrad einer möglichen emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung einzuschätzen.

Kontextfaktoren mit positivem Einfluss bzw. Ressourcen/Schutzfaktoren sind z.B. die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen, sich als „aktive Gestalter ihres Lebens“ zu sehen; das Vorhandensein von zuverlässigen Bezugspersonen außerhalb der misshandelnden oder vernachlässigenden Beziehung.

Kontextfaktoren mit negativem Einfluss bzw. Belastungen/Risikofaktoren sind z.B. psychische Probleme der Eltern, Häusliche Gewalt, Drogen- oder Alkoholmissbrauch der Eltern.

Ein wichtiger Baustein bei der Einschätzung der Situation ist das Gespräch sowohl mit Kindern und Jugendlichen selbst als auch mit den Personensorgeberechtigten.

Nr. 26 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (96%)

Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung sollte* auch die Eltern-Kind-Interaktion¹ beobachtet und eingeschätzt werden, um Rückschlüsse auf das Beziehungs- und Bindungsverhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen zu ziehen.

Jede Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen sollte* als Gelegenheit gesehen werden, die Eltern-Kind-Interaktion¹ einzuschätzen.

¹ Eltern-Kind-Interaktion. Der Begriff „Eltern“ meint hier auch Personensorgeberechtigte und Bezugsperson.

Quelle: Barlow 2012, Campbell & Hibbard 2014; Egeland et al. 1983;
LoE 2++ bis 4 Michel et al. 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Barlow 2012

LoE: 4

It is argued here that a key aspect of a developmentally appropriate environment in the first year of life is sensitive and attuned parent-infant interaction, and that severely compromised interaction therefore constitutes emotional maltreatment and neglect. [...]In addition, infants are born unable to regulate their emotional states and the capacity for such affect regulation is a function of the parent-infant interaction, and is mediated via the attachment relationship, which begins during the first year of life.

Campbell & Hibbard 2014

LoE: 4

Being alert for signs or symptoms of emotional maltreatment when any risk factors are identified and particularly when any other form of abuse is known or suspected can improve identification. Every interaction with the caregiver and child offers an opportunity to observe parenting techniques and evaluate the strengths/weaknesses of the caregiver-child relationship. How does the caregiver view the child? Does the caregiver find any redeeming qualities in the child, or is the child viewed as entirely responsible for any difficulties the caregiver may be experiencing? Negative facial expressions; threatening or violent actions or words; a rude, mocking, or hateful manner of speaking; and the use of overly negative descriptors when talking of his or her child are often indicative of an unhealthy caregiver-child relationship.

Egeland et al. 1983

LoE: 2+

In the teaching tasks these children were less persistent and displayed less enthusiasm for the task. Their interaction with their mothers was characterized by negativity, noncompliance, lack of affection and a high degree of avoidance of the mother.

In the barrier box task at 42 months, these children were rated as lacking creativity in their approach to the problem. In the teaching tasks, these children were less persistent and enthusiastic than children in the control group. They were noncompliant, negativistic, and avoidant of their mothers, expressed little affection, and generally had a poor experience in these tasks.

Michel et al. 2014

LoE: 4

Als grundlegend sind die Bindung und das Sozialverhalten des Kindes zu nennen. Vernachlässigte Kinder entwickeln daher in der Folge häufig unsichere Bindungsstile.

Nr. 2 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Fachkräfte sollen* Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den Jugendlichen treffen.



Quelle: Cossar et al. 2014; Pölkki et al. 2012; Van Bijleveld et al. 2015; Woolfson et al. 2010

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Cossar et al. 2014

They wanted workers who would listen, before coming to a judgement or offering advice. Carol, aged 12, said of her social worker 'a good listener... she just listens and tries not to get the words muddled around'.

LoE: 3

Pölkki et al. 2012

The children hoped that social workers would take a genuine interest in them, listen to them and take their opinions and wishes into consideration. Children aged 12 years or older must be given an opportunity to express their views in child-welfare cases concerning them; and younger children should also be listened to.

LoE: 3

Van Bijleveld et al. 2015

Some studies found that children generally have the feeling that they are being listened to and given the opportunity to report their views (Buchanan 1995; Bell 2002; Cashmore 2002). However, this did not mean they participated in decision-making or that their views had a central position within the decision making process.

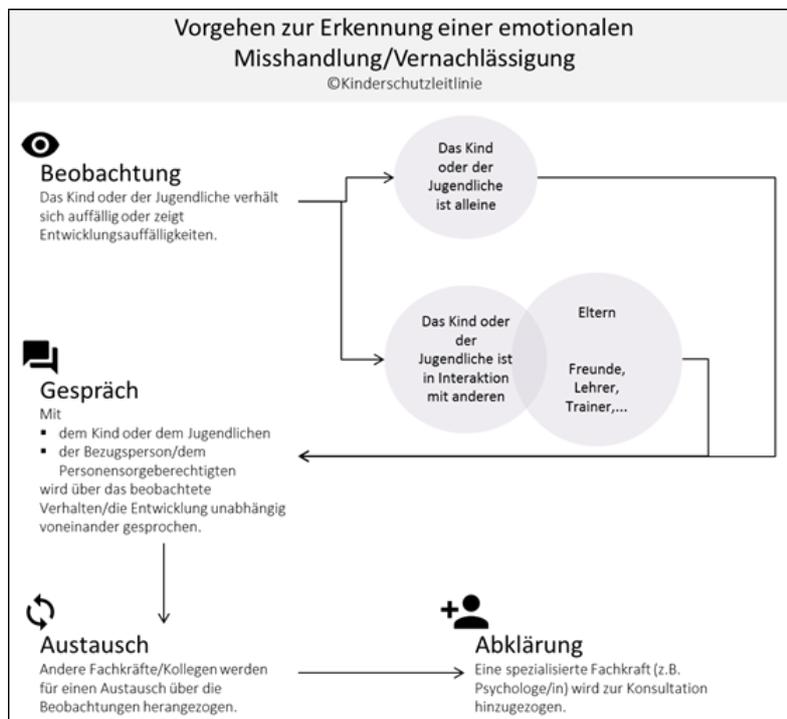
LoE: 4

Woolfson et al. 2010

Three of the participants found it helpful; while five commented they were confused and felt they were not listened to.

LoE: 3

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen Nr.26 & Nr.2 und Abb. 13 & Abb. 14



Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung und/oder Misshandlung sollten alle Beobachtungen zu Kindern und Jugendlichen dokumentiert werden. Dies beinhaltet auch Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktionen in verschiedenen Situationen der Familie, die für die Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung hilfreich sein können.

Eine Einschätzung der Interaktionsqualität sollte durch eine spezialisierte Fachkraft erfolgen.

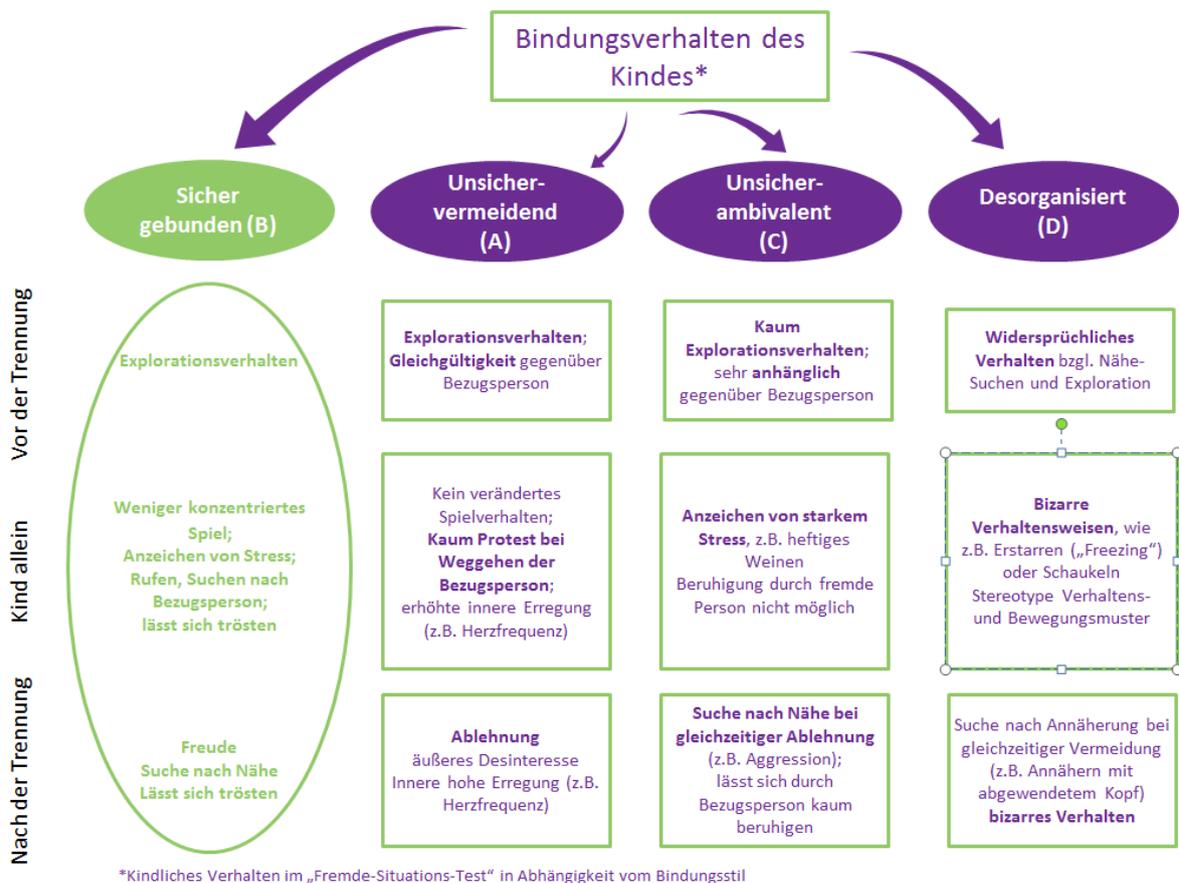
Abb. 13 Von der Beobachtung zur Abklärung

Der Begriff Bindung beschreibt nach Ainsworth ein angeborenes Verhaltenssystem, das in Notsituationen des Kindes (z.B. Schmerz, Alleinsein etc.) aktiviert wird. Eine sichere Bindung zwischen Bezugsperson und Kind entwickelt sich dann, wenn die Bezugsperson die Bedürfnisse des Kindes nach Nähe, Schutz oder Trost erkennt und auf diese prompt, feinfühlig und angemessen reagiert.

Im Kontext einer emotionalen Vernachlässigung oder Misshandlung kommt es dementsprechend häufig nicht zum Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung.

Bei Kindern im Alter von 12 bis 20 Monaten kann das Bindungsverhalten im Rahmen des sogenannten „Fremde-Situations-Tests“ durch geschulte Beobachter beurteilt werden (siehe Abb. 13). Mit zunehmender Mobilität und Selbstständigkeit der Kinder wird ihr Sicherheitsbedürfnis geringer, die Kommunikation mit den Bezugspersonen subtiler und das Bindungsverhalten ist nicht mehr so gut beobachtbar.

Abb. 14 Graphische Darstellung des Bindungsverhaltens (Michel et al. 2014)



Während es sich bei den unterschiedlichen Bindungsstilen A und C noch um Normvarianten handelt, stellt das desorganisierte Bindungsmuster bereits einen Extremfall dar. Eine länger andauernde Vernachlässigung im Säuglings- oder Kleinkindalter kann zu tiefgreifenden Bindungsstörungen führen (lt. ICD-10 F 94.1/F 94.2).



Expertenmeinung
Interaktionsbeobachtung

Zwischen Eltern/Bezugspersonen und Kind kann es aus vielfältigen Gründen ungünstige Interaktionsmuster geben. Diese können zum Teil in kindlichen Faktoren (wie Temperament, psychische Störung etc.) begründet sein, zum Teil in elterlichen Faktoren (wie mangelnde Feinfühligkeit, mangelnde Responsivität etc.), aber oft auch in einer Kombination von beiden Faktoren.

Die genaue Diagnostik der Interaktion, Beziehungs- und Bindungsqualität von Eltern und Kind bedarf der entwicklungspsychologischen Expertise und sollte von daher von entsprechenden Experten durchgeführt werden. Diese können auch entsprechende Interventionen mit den Eltern planen (z.B. Beratung, entwicklungspsychologische Beratung, Therapie etc.), um eine Chronifizierung ungünstiger Interaktion zu verhindern bzw. diese möglichst zu minimieren. Bei jüngeren Kindern sind Angebote im Rahmen der frühen Hilfen ein wichtiger Bestandteil und sollen hier eingebunden werden.

Entsprechende Experten können sein (Aufzählung nicht abschließend): Ärzte_innen in sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- und Jugendärzte_innen mit entsprechender Expertise, Kinder- und Jugendpsychiater_innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten_innen, spezialisierte Beratungsstellen oder Frühförderzentren etc.

Prof. Dr. med. Michael Kölch

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Anmerkung zu dieser Expertenmeinung:

In der Aufzählung fehlt die Erziehungsberatung nach § 8 SGB VIII als wesentlicher Bereich der Grundversorgung. Anspruch auf Erziehungsberatung haben Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte.

Bundeskongress für Erziehungsberatung e.V.

Nr. 27 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen können Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein.

Diese sollten* beobachtet und eingeschätzt werden und als Ausgangsbefund für weitere Verlaufskontrollen sowie auch als Referenz für bereits zurückliegende Untersuchungsbefunde genutzt werden. Die umfassende komplexe Diagnostik sollte* durch Fachkräfte erfolgen.

Quelle: Al Odhayani et al. 2013; Campbell & Hibbard 2014;
LoE 2++ bis 4 Dubowitz et al. 2002; Dubowitz et al. 2004; Egeland et al. 1983; Maguire et al. 2015; Michel et al. 2014; Rees 2010; Taussig & Culhan 2009

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Al Odhayani et al. 2013
LoE: 3

Chronic emotional abuse can result in emotional harm to the child (e.g. anxiety, depression, withdrawal, or self-destructive or aggressive behavior).

Emotional deprivation might be suspected in the context of the following: Failure to thrive; refusal to eat; antisocial behavior (aggression or withdrawal); anxiety or depression; attention-seeking behavior; delinquent behavior; or behavior suggestive of emotional turmoil, e.g. compulsion, rigidity, or non-communication.

- Campbell & Hibbard 2014
LoE: 4
- The child becomes more likely to overestimate danger and adversity, experience a decreased sense of self-worth, suffer from anxiety and depression, and experience emotional numbing or hyperarousal symptoms of posttraumatic stress disorder).*
- Emotional maltreatment comprises the most damaging and consequential components of child abuse and neglect and is often the most substantive threat to the victim's mental health. [...] Children who are victims of emotional maltreatment also suffer from a wide range of social and behavior difficulties including depression, personality disorders, anxiety, and aggression.*
- Research suggests they are often at increased risk for both mental and physical illness, including eating disorders, deficits in psychological functioning, depression, and low self-esteem.*
- Dubowitz et al. 2002
LoE: 2-
- Maternal depression was associated with increased internalizing ($B=0.37$; $P=.000$) and externalizing ($B=0.39$; $P=.000$) behavior problems (Table 2). After controlling for maternal depression, group (FTT, HIV-risk, or primary care), and sociodemographic risk, psychological neglect was associated with increased internalizing ($B=0.27$; $P=.002$) and externalizing ($B=0.23$; $P=.006$) behavior problems.*
- Dubowitz et al. 2004
LoE:2-
- There are overall effects of the set of three subtypes of neglect on maternal reports of both externalizing and internalizing behavior.*
- Egeland et al. 1983
LoE: 2+
- Teachers' ratings on the Preschool Behavior Questionnaire and on our own 31-item behavior checklist revealed highly significant differences between controls and children whose mothers were psychologically unavailable. These maltreated children obtained higher total scores on both of these measures as well as higher pathology scores. In the preschool, these children were observed to be highly dependent and lacking in ego control. According to teachers' ratings, these children received higher total scores on the Preschool Behavior Questionnaire and higher pathology scores, suggesting that children of psychologically unavailable mothers are less well-adjusted in the preschool than are children in the control group.*
- Maguire et al. 2015
LoE: 2++
- The most commonly recorded behavioural issue among children experiencing [..., neglect] EA (Kaufman et al. 1994 (neglect); Manly et al. 2001; Cullerton-Sen et al. 2008) was externalizing, i.e. aggressive, assaultive, destructive, antisocial/delinquent behaviour.*
- Bolger and Patterson (2001) (Emotional Maltreatment = 54) highlighted that for these children, the internalizing features appeared to be linked to a sense of 'external control', i.e. those children who were more withdrawn felt that they could not influence what happened to them in life, rather this was a result of others.; Both Finzi and colleagues (2003) (children aged 6–12 years) and Fishbein and colleagues (2009) (Physical Neglect Emotional Abuse Emotional Neglect) (10–12 years) noted that the neglected children had more difficulty with impulse control than controls, with impulsivity being even more marked for those who had experienced severe EA.*
- Kaufman and Cicchetti (1989) noted that while non-maltreated children rated higher on self-esteem than the matched maltreated groups, neglected or EA children had similar decreases in self-esteem. In a longitudinal study of the relationship between early maltreatment experiences, self-esteem and*

later maladjustment (Kim & Cicchetti 2006), emotional maltreatment was strongly associated with low levels of self-esteem at the initial stage of the study and was predictive of changes in self-esteem over time in comparison with controls.

Michel et al. 2014

LoE: 4

Vernachlässigte Kinder legen zudem häufig ein eher enthemmtes Verhalten an den Tag, können sich selbst weniger gut kontrollieren, zeigen insgesamt mehr negative Gefühlsäußerungen und haben Schwierigkeiten, auf Probleme adäquat zu reagieren sowie diese zu lösen.

Durch die eingeschränkte oder fehlende Interaktion mit ihren Bezugspersonen und Gleichaltrigen haben vernachlässigte Kinder häufig nicht gelernt, sich selbst für liebenswert zu erachten, und in der Folge auch einen niedrigeren Selbstwert als andere Kinder.

Die im Fall einer Vernachlässigung fehlende Interaktion und Versorgung des Kindes können zu Defiziten im Bereich der Emotionsregulation und des Körpererlebens führen. Säuglinge und Kleinkinder sind stark auf Erwachsene angewiesen, um ihre Gefühle und Wahrnehmungen zu internalisieren sowie die Grenzen und Regulationsmöglichkeiten ihres Körpers kennenzulernen.

Rees 2010

LoE: 4

Emotionally neglected children's behaviour is often further coloured by unregulated stress and emotion, impulsivity, craved attention, oversensitivity to disapproval, failure and rejection, lack of social skills, and difficulty relinquishing control.

Taussig & Culhan 2009

LoE: 3

EM associated with higher levels of self-reported posttraumatic stress symptoms, but not with other dependent variables. Verbal aggression was associated with lower levels of self-reported social acceptance and self-esteem and with higher levels of reported posttraumatic stress symptoms, but not with caregiver-reported internalizing and externalizing symptoms.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.27

Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung und/oder Misshandlung sollten alle Beobachtungen zu Kindern und Jugendlichen dokumentiert werden. Dies beinhaltet auch Beobachtungen zu Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Situationen der Kinder und Jugendlichen, die für die Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung hilfreich sein können.

Eine Einschätzung der Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychischer Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen sollte durch eine spezialisierte Fachkraft erfolgen.

Nr. 28 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (92%)

Verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen sollte* beobachtet und eingeschätzt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

Quelle: Campbell & Hibbard 2014; Egeland & Sroufe 1981;
LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2015; Michel et al. 2014; Naughton et al. 2013

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Campbell & Hibbard 2014

Emotional maltreatment affects a child's mental and physical development and may lead to deficits in academic performance, IQ, memory, learning capacity, and brain volume.

LoE: 4

Egeland & Sroufe 1981

Lower BSID DQs (cognitive development) at 24 months than the control group, with a decline between 9 and 24 months.

LoE: 2+

Maguire et al. 2015

In three out of four of the relevant studies, the neglected children showed lower general intelligence (Reyome 1993; Kaufman et al. 1994; Kantor et al. 2004; Fishbein et al. 2009). Fishbein and colleagues (2009) found that children experiencing emotional or physical neglect had lower general intelligence and poorer executive decision in comparison with normative data.

LoE: 2++

Michel et al. 2014

Durch die fehlende Förderung und Anregung ergeben sich auch Defizite im kognitiven Bereich. So sind die produktiven und rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten von vernachlässigten Kindern schlechter als die nicht- oder anderweitig misshandelter Kinder, und auch in Intelligenztests werden schlechtere Werte berichtet. Diese Probleme stellen denkbar schlechte Voraussetzungen zur Bewältigung des Schulalltags dar.

LoE: 4

Naughton et al. 2013

The Minnesota Study evaluated high-risk parents and children, using multiple methods of assessment, including extensive observation, to examine the range of caregiving, with a major focus on the antecedents of abuse and neglect and the long-term consequences of maltreatment on children's development: the emotionally abused group had the greatest decrease in their cognitive functioning score from 9 to 12 months.

LoE: 2++

Nr. 29 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Gedeihstörungen, geistige und körperliche Entwicklungsverzögerung bei Kindern und Jugendlichen sollten* berücksichtigt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

Quelle: Al Odhayani et al. 2013; Campbell & Hibbard 2014

LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Al Odhayani et al. 2013

LoE: 3

Emotional deprivation might be suspected in the context of the following: Failure to thrive; refusal to eat; antisocial behavior (aggression or withdrawal); anxiety or depression; attention-seeking behavior; delinquent behavior; or behavior suggestive of emotional turmoil, e.g. compulsion, rigidity, or non-communication.

Campbell & Hibbard
2014

LoE: 4

Emotional maltreatment comprises the most damaging and consequential components of child abuse and neglect and is often the most substantive threat to the victim's mental health. Emotional maltreatment affects a child's mental and physical development and may lead to deficits in academic performance, IQ, memory, learning capacity, and brain volume.

4.3.5 Zahnärztliche Untersuchung

Gibt es Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bei der zahnärztlichen Untersuchung?

Zahnärzte_innen können eine wichtige Aufgabe bei der Erkennung von Kindeswohlgefährdung übernehmen. Daher sollten sie die Anzeichen von Misshandlung und Vernachlässigung in ihrem Bereich kennen und sich der Verantwortung für das Wohl des Kindes bewusst sein.

Orale Verletzungen können bei fehlender oder zweifelhafter Anamnese ein Anzeichen von körperlicher Misshandlung sein. Sowohl Zahnärzte als auch andere medizinische Fachkräfte, wie z.B. Ärzte oder Krankenschwestern, können diese Verletzungen wahrnehmen. Das Erkennen von (dentaler) Vernachlässigung bei Kindern oder Jugendlichen erfordert jedoch die Kompetenz von zahnärztlich ausgebildeten Personen insbesondere auf dem Gebiet der Kinderzahnheilkunde und Traumatologie (Kinderzahnärzten_innen, Fachzahnärzten_innen oder Fachärzten_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie).



Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne und auch keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen.

Aktuell existiert keine einheitliche Definition für dentale Vernachlässigung. Im Folgenden sind drei Definitionen aufgeführt:



Definition „dentale Vernachlässigung“

American Academy of Pediatrics

“The willful failure of parent or guardian, despite adequate access to care, to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection.” (Fisher-Owens et al. 2017)

American Academy of Pediatric Dentistry

“The willful failure of parent or guardian to seek and follow through with treatment necessary to ensure a level of oral health essential for adequate function and freedom from pain and infection.” (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs 2016)

British Society of Paediatric Dentistry

“Dental neglect can be defined as the persistent failure to meet a child’s basic oral health needs, likely to result in the serious impairment of a child’s oral or general health or development. It may occur in isolation or may be an indicator of a wider picture of neglect or abuse.” (Harris et al. 2009)

In Deutschland sind die Personensorgeberechtigten dazu verpflichtet, das Kind zu bestimmten (Vorsorge-) Untersuchungen dem Arzt vorzustellen. Diese Pflicht gilt jedoch nicht für zahnärztliche Untersuchungen, obwohl Untersuchungen der Mundgesundheit von Kindern auch einen Einblick in und ein besseres Verständnis für die allgemeine Gesundheit und das Wohl von Kindern vermitteln. Von einigen Autoren werden dentale Veränderungen sogar als ein früher und sensitiver Indikator für medizinische Vernachlässigung angesehen (Jessee 1993; Cornelius et al. 2004; Schilke, Felgenhauer, Grigull 2009).

Sowohl persönliche als auch familiäre Kontextfaktoren können einen Einfluss auf die Mundgesundheit einer Person haben. Kinder und Jugendliche, die einem oder mehreren der folgenden Faktoren ausgesetzt sind, weisen ein erhöhtes Risiko einer eingeschränkten Mundgesundheit auf:

- Sie stammen aus benachteiligten Familien;
- sie haben Eltern mit Substanzabusus;
- sie haben einen Fluchthintergrund;
- sie haben besondere Bedürfnisse.

(Sarri et al. 2012; Scorca et al. 2013; Cornelius et al. 2004; Kvist et al. 2014).

Neben den oben genannten Aspekten wirken sich weitere negative Erfahrungen in der Kindheit (Scheidung der Eltern, Inhaftierung eines Elternteils, Häusliche Gewalt, Gewalt in der Nachbarschaft) ebenfalls auf die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen aus. Die verschiedenen Kontextfaktoren haben dabei einen negativen kumulativen Effekt (Bright et al. 2015; Crouch et al. 2018). Negative Erfahrungen in der Kindheit können sogar longitudinale Auswirkungen auf die Zahngesundheit haben, woraus eine schlechtere Zahngesundheit im höheren Lebensalter resultieren kann. So hatten in einer Studie ältere Personen (≥ 65 Jahren), die von Misshandlung oder Vernachlässigung während ihrer Kindheit berichteten, signifikant weniger eigene Zähne (odds ratio: 1,14) (Matsuyama et al. 2016).



Definition Mundgesundheit

„Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- bzw. Beschwerdefreiheit aller Organe der Mundhöhle, d. h. der Zähne, des Zahnhalteapparates (Verankerung des Zahnes im Kieferknochen und Zahnfleisch), der Schleimhäute, der Zunge, der Kiefergelenke und der Speicheldrüsen. Sie wird als »Fähigkeit, ein breites Spektrum an Nahrungsmitteln zu kauen und zu essen, deutlich zu sprechen, ein sozial akzeptables Lächeln* sowie ein entsprechendes dentofaziales Profil (Gesicht und Zähne betreffend) zu besitzen, sich im Mundbereich wohlfühlen, frei von Schmerzen zu sein und einen frischen Atem zu haben« umschrieben.“

(Brauckhoff et al. 2009) nach (Sheiham und Spencer 1997)

*Anmerkung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) e.V.

„...akzeptables Lächeln, **eine altersgerechte Entwicklung der oralen Strukturen (Gesicht-, Kiefer- Gingiva- und Zähne betreffend)**, sowie ein“

Jugendliche, die von einer selbst wahrgenommenen schlechten Mundgesundheit berichten, berichten auch eher von Mobbing, Erfahrungen mit körperlicher Misshandlung, Partnergewalt und erzwungenem Geschlechtsverkehr. Die Wahrscheinlichkeit einer schlechten Mundgesundheit bei Jugendlichen steigt signifikant bei Jugendlichen, die einen einzigen Misshandlungsfall angeben (adjusted odds ratio 2.1), und bei solchen, die von mehreren Misshandlungsfällen berichten (adjusted odds ratio 23.3) (Kvist et al. 2013).

Rolle der Zahnmedizin im Kinderschutz

Ärzte_innen können sich einen allgemeinen Einblick über die Mundgesundheit von Kindern verschaffen. Ihre Diagnose ist im Vergleich zu zahnärztlichen Untersuchungen jedoch eher oberflächlich und birgt das Risiko, dass relevante Befunde übersehen werden (Paradowski et al. 2013; Colgan et al. 2018). Zahnärzte_innen, Fachzahnärzte_innen und Fachärzte_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie haben daher zwei entscheidende Aufgaben im Kinderschutz:

1. Anzeichen von (dentaler) Vernachlässigung und anderen Formen der Misshandlung zu erkennen, wenn Kinder ihre Praxis besuchen, sowie
2. die Untersuchung der Mundgesundheit von Kindern mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung im Rahmen des diagnostischen Prozesses (z.B. nach Überweisung durch andere Ärzte) durchzuführen.

Viele Studien zeigen, dass Kinder oder Jugendliche mit bestätigter Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung im Vergleich zu Kindern, die nicht misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wurden, eine deutlich schlechtere Mundgesundheit haben können (siehe Tab. 5). Das Ausmaß der eingeschränkten Mundgesundheit ist dabei unabhängig von der Art der Kindeswohlgefährdung (Valencia-Rojas et al. 2008). Die schlechtere Mundgesundheit, insbesondere unversorgte tief-kariöse Läsionen, können ein Indiz für Kindeswohlgefährdung sein. In einer Studie, in der bei Kindern aufgrund massiv kariöser Zähne zahlreiche Zähne entfernt werden mussten, konnte festgestellt werden, dass 23% der Kinder einige Jahre später in den Registern von sozialen Diensten wiederzufinden waren. Etwa die Hälfte dieser Kinder (13%) war zum Zeitpunkt der Zahnentfernungen den Diensten noch nicht bekannt (Sillevis Smitt et al. 2017). Darüber hinaus zeigte eine Studie, dass 86% der Kinder, die von Zahnärzten an soziale Dienste aufgrund von (dentaler) Vernachlässigung gemeldet wurden, zuvor den sozialen Diensten bereits bekannt waren (Kvist et al. 2018). Diese Evidenz macht deutlich, dass im diagnostischen Prozess einer Kindeswohlgefährdung der Mundgesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen ein wichtiger Anhaltspunkt ist.

Die Behandlung der verminderten Mundgesundheit sollte sowohl bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als auch bei bereits bestehenden Kinderschutzmaßnahmen so normal wie möglich für das Kind und den/die Jugendliche_n erfolgen.

Ein Wissensmangel

Weltweit berichten Zahnärzte_innen, dass sie sich nicht ausreichend über ihre Rolle im Kinderschutz informiert fühlen. Ein Mangel an Wissen und Informationen hinsichtlich des Erkennens von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, über ihre Verantwortung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung und über die Möglichkeiten, den Familien Unterstützung durch soziale Dienste zuteilwerden zu lassen, trägt wesentlich zu der Verunsicherung der Zahnärzte_innen bei (Sonbol et al. 2012; Uldum et al. 2010). Deutsche Zahnärzte_innen berichten, dass sie sich mehr Orientierung durch Informationen oder Leitlinien über das Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung wünschen. Ein möglicher Grund dafür sind die bislang geringe Thematisierung im zahnmedizinischen Studium, die bei Zahnärzten_innen im Vergleich zu Pädiatern_innen zu einer geringeren Sensibilisierung und Sicherheit im Erkennen von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung führt, sowie ein geringes Fortbildungsangebot in diesem Bereich (Schilke & Brunner-Strepp 2009; Hartung et al. 2018).

Die folgenden Handlungsempfehlungen zielen daher darauf ab, Zahnärzten_innen, die die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen untersuchen, bei entsprechenden Befunden und Bedenken hinsichtlich des allgemeinen Wohlbefindens Handlungssicherheit zu geben.

In der Literatur wird diskutiert, ob Zahnärzte_innen in besonderer Weise in der Lage sind, Verletzungen im Bereich des Gesichtes, des behaarten Kopfes, des Nackens und des Halses zu detektieren. Obwohl keine Empfehlungen hierzu vorliegen, sollte Zahnärzten_innen bekannt sein, dass es sich hierbei um typische Bereiche handelt, in denen nicht akzidentelle Verletzungen häufig lokalisiert sind (Harris 2018). Aufgrund ihrer Kenntnis der (peri-)oralen Strukturen können zahnärztlich ausgebildete Personen Verletzungen in besondere Weise erkennen und einschätzen (Naidoo 2000).

Evidenzlage

Die Basis für die folgenden Handlungsempfehlungen bilden fünf Artikel. Die eingeschlossenen Studien sind systematische Übersichtsarbeiten und Expertenmeinungen aus englischsprachigen Ländern. Zwei der ausgewählten systematischen Übersichtsarbeiten konzentrieren sich auf das Erkennen von Mundverletzungen, die Anzeichen für körperliche Misshandlung sein können. Der Fokus liegt insbesondere auf eingerissenen Lippenbändchen. Im Vergleich dazu zielen zwei Expertenmeinungen sowie eine systematische Übersichtsarbeit darauf ab, die dentale Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen zu definieren und aufzuzeigen, wie eine solche Vernachlässigung diagnostiziert werden kann. Darüber hinaus wird in diesen Artikeln diskutiert, wie ein angemessenes Vorgehen durch zahnärztlich ausgebildete Personen bei Verdacht auf Vernachlässigung und andere Formen der Misshandlung aussehen kann.

Praxisbezug, Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit

Die Handlungsempfehlungen besitzen eine direkte Relevanz für die tägliche Praxis zahnmedizinisch ausgebildeter Personen, da sie Hinweise geben, wie (dentale) Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen erkannt werden kann. Manche Handlungsempfehlungen beschreiben das Vorgehen bei (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung. Die damit vorliegenden Hinweise sollen zu einem besseren Verständnis der Rolle und der Verantwortung der Zahnärzte_innen im Kinderschutz beitragen. Die empfohlene Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten_innen, Mediziner_innen und Mitarbeitenden der Jugendämter impliziert die aktive Mitarbeit aller Beteiligten (Schilke et al. 2009; Hartung et al. 2018). Die Entwicklung dieser Beziehungen erfordert Zeit und birgt dadurch erhebliche Personalkosten. Misshandelte oder vernachlässigte Kinder weisen deutlich mehr unversorgte kariöse Läsionen auf als altersentsprechende Kontrollgruppen. Es ist daher wünschenswert, dass bei bestätigten Fällen von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung routinemäßig eine zahnärztliche Untersuchung als Teil einer Gesamtrehabilitation veranlasst wird (Schilke et al. 2009).

Tab. 5 Studienergebnisse aus verschiedenen Ländern, die die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen aufzeigen, die misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt wurden.

Autor	Kohorte	Ergebnisse
Badger 1986 USA	68 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (2 – 19 Jahre) Kontrollgruppe: nationale Mittelwerte	keine signifikanten Unterschiede zu nationalen Mittelwerten
Greene et al. 1994 USA	30 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (5 – 13 Jahre) Kontrollgruppe: 873 altersentsprechende Kinder	missbrauchte/vernachlässigte Kinder haben 8,0-mal häufiger unbehandelte kariöse Zahnflächen bei Zähnen der 2. Dentition Risiko steigt mit zunehmendem Alter des Kindes
Green & Chisick 1995 USA	42 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (3 – 11 Jahre) Kontrollgruppe: 822 altersentsprechende Kinder	missbrauchte/vernachlässigte Kinder haben 5,2-mal häufiger unbehandelte kariöse Zahnflächen bei Zähnen in 1. Dentition Risiko steigt mit zunehmendem Alter des Kindes

Olivian 2003 <i>Spanien</i>	236 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (6 – 12 Jahre, mittleres Alter: 9,6 Jahre) Kontrollgruppe: nationale Mittelwerte	Prävalenz von unbehandelten kariösen Zähnen der 1. + 2. Dentition ist bei misshandelten oder vernachlässigten Kindern deutlich höher als im Landesdurchschnitt
Valencia-Rojas et al. 2008 <i>Kanada</i>	66 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (2 – 6 Jahre, mittleres Alter: 4,1 Jahre), 19,7% Misshandlung, 80,3% Vernachlässigung Kontrollgruppe: 3185 5-Jährige	Häufigkeit von ECC ist 2-mal höher als bei Kontrolle mittlerer d-t-Wert bei 4- bis 6-Jährigen 9-mal höher als bei Kontrolle
Nakagaki et al. 2009 <i>Japan</i>	57 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (7 – 12 Jahre), Kontrollgruppe: 575 Grundschulkinder	Häufigkeit von DMF-T etwa 3-mal höher als bei Kontrolle Häufigkeit von unbehandelten kariösen Zähnen etwa 4-mal höher als bei Kontrolle
Montecchi et al. 2009 <i>Italien</i>	52 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (mittleres Alter: 10,5 ± 3,6 Jahre), Kontrollgruppe: 120 Grundschulkinder	Häufigkeit von unbehandelten kariösen Zähnen etwa 4,5-mal höher als bei Kontrolle
Schilke & Brunner-Strepp 2009 <i>Deutschland</i>	86 vorläufigen Schutzmaßnahmen unterstellte Kinder Kontrollgruppe: 75206 Kinder, davon 41 Kindergartenalter (mittleres Alter: 4,77 Jahre; Spannweite: 3,0 bis 5,9 Jahre), 37646 Kontrollen 45 Kinder im Grundschulalter (mittleres Alter: 9,02 Jahre, Spannweite: 6,1 bis 11,9 Jahre), 37560 Kontrollen	Häufigkeit von df-t etwa 2-mal und von DMF-T etwa 3-mal höher als bei Kontrollen ECC etwa 2,5-mal und S-ECC etwa 5-mal höher als bei Kontrollen gesunde Gebisse hatten 45,5% der 3- bis 6-Jährigen (Kontrollgruppe: 66,6%) und 25,6% der 6- bis 12-Jährigen (Kontrollgruppe: 46,1 %)
Keene et al. 2015 <i>England</i>	79 misshandelte oder vernachlässigte Kinder (mittleres Alter: 5,9 ± 2,8 Jahre), Kontrollgruppe: 79 ambulante, gleichaltrige Patienten der Chirurgie + Orthopädie	Häufigkeit von dmf-t etwa 1,9-mal höher als bei Kontrolle (p = 0,002) Häufigkeit von DMF-T etwa 2,4-mal höher als bei Kontrolle (p = 0,374) Häufigkeit von unbehandelten kariösen Zähnen etwa 3,5-mal höher als bei Kontrolle 42% sind kariesfrei (Kontrollgruppe: 68%) 30% hatten ZA-Termin im letzten Jahr (Kontrollgruppe: 55%)
Duda et al. 2017 <i>Brasilien</i>	122 misshandelte Kinder (mittleres Alter: 8,6 ± 3,3 Jahre),	Häufigkeit von m-t etwa 2,5-mal höher als bei Kontrolle (p = 0,04)

	Kontrollgruppe: 240 Kinder (mittleres Alter: 8,2 ± 2,0 Jahre)	Häufigkeit von DMF-T etwa 6,5-mal höher als bei Kontrolle (p < 0,001) Häufigkeit von unbehandelten kariösen Zähnen etwa 4,5-mal höher als bei Kontrolle (p < 0,001)
Kvist et al. 2018 <i>Schweden</i>	86 misshandelte Kinder Kontrollgruppe: 172 Kinder mittleres Alter: 8,9 ± 4,3 Jahre; Spannweite: 2 – 18 Jahre	Häufigkeit von dmf-t etwa 2,5-mal höher als bei Kontrolle (p < 0,001) S-ECC: 19% vs. 2% (Studien- vs. Kontrollgruppe), damit etwa 9,5-mal höher als bei Kontrolle (p < 0,001) Häufigkeit von DMF-T etwa 2,2-mal höher als bei Kontrolle (p < 0,001)
Studien bei Kindern von Eltern mit Substanzabusus		
Cornelius et al. 2004 <i>USA</i>	171 Kinder von Vätern mit Substanz-Missbrauch [SM] (longitudinale Studie bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 – 22 Jahren) Kontrollgruppe: 214 Kinder von Vätern ohne Substanz-Missbrauch	Karies, Zahnfrakturen oder fehlende Zähne waren in der SM-Gruppe 2,86-mal häufiger als in der Kontrollgruppe (p = 0,032) Kinder und Jugendliche von Vätern mit SM haben eine schlechte Zahngesundheit, eine schlechte Mundhygiene, einen größeren Behandlungsbedarf und eine schlechte Inanspruchnahme von zahnärztlichen Behandlungen
Mezzich et al. 2007 <i>USA</i>	127 Kinder von Vätern mit Substanz-Missbrauch (SM) (mittleres Alter: 14,86 ± 2,48 Jahre) Kontrollgruppe: 111 Kinder von Vätern ohne Substanz-Missbrauch (mittleres Alter: 15,01 ± 2,65 Jahre)	d-t und D-T zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen parodontale Bewertungskriterien (Plaquemenge, gingivale Entzündung, Sondierungstiefe, Attachmentverlust und BANA-Test) waren in der SM-Gruppe stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe (p < 0,05)
Kivistö et al. 2014 <i>Finnland</i>	51 Buprenorphin-exponierte Kinder (mittleres Alter: 3,3 ± 0,5 Jahre), Kontrollgruppe: 68 Kinder (mittleres Alter: 3,5 ± 0,4 Jahre)	mittlerer dmf-t etwa 9-mal höher als in Kontrollgruppe (0,82 vs. 0,09; p = 0,004) mittlerer d-t 0,63 vs. 0,01; p = 0,001 mittlerer dmf-s 1,51 vs. 0,10; p = 0,004 kariesfreie Gebisse: 82,3% vs. 97,1%; p = 0,009

(dmf-t = Anzahl kariöser (decayed), wegen Karies entfernter (missing) oder gefüllter (filled) Zähne (teeth) der 1. Dentition; DMF-T = Anzahl kariöser, wegen Karies entfernter oder gefüllter Zähne der 2. Dentition; ECC = Early childhood caries; S-ECC = severe early childhood caries; ECC und S-ECC gemäß der Definition (American Academy of Pediatric Dentistry 2017)

Handlungsempfehlungen: Zahnärztliche Untersuchung

Nr. 30 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Zahnärzte_innen sollen* bei Kindern oder Jugendlichen mit Karies vor der Verdachtsdiagnose (dentale) Vernachlässigung und nach Ausschluss von Differentialdiagnosen für Zahnhartsubstanzdefekte mehrere Faktoren mit dem Kind oder dem_der Jugendliche_n und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beeinträchtigung durch die Karies, ▪ Dauer und Ausprägung der Karies, ▪ Kenntnis und Bewusstsein der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen in Bezug auf Mundgesundheit[#], ▪ die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen, ▪ Verfügbarkeiten der und Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung. <p>Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen.</p>	
<p>Quelle: Bhatia et al. 2014; Harris et al. 2009 LoE 2++</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz

Bhatia et al. 2014
LoE: 2++

Textauszug

It was not possible to define a 'threshold' level of dental caries that distinguished dental neglect from the studies published to date.

Multiple factors have to be considered before diagnosing dental neglect. The impact of the caries on the child should be assessed, dental records studied and parental awareness and knowledge, access to dental care and the child's willingness to undergo treatment considered when suspecting dental neglect.

Harris et al. 2009
LoE: 4

Although dental caries is a preventable disease, its presence per se, even in children with extremely high caries levels, cannot be regarded as dental neglect. It would clearly be a vast oversimplification to assume that there is a threshold number of carious teeth, beyond which a diagnosis of dental neglect can be made. Many variables determine levels of dental health in individuals including individual susceptibility, type of previous dental care received (which may differ according to dentists' philosophy and training), and regional and social inequalities, not only in disease experience but also in access to dental services and treatment. Careful consideration of all of these factors is required in reaching a diagnosis.

There is increasing recognition of the need to consult children and respond to their views when planning their treatment. Children's autonomy, that is, their freedom to make their own decisions, should be taken seriously. Thus, when assessing possible dental neglect in older children and young people, their competence to consent to or refuse dental treatment, and the effect this has had on past dental care, must be considered.

Past dental history should be documented including missed appointments. Children living in contemporary UK culture do not uniformly follow a pattern of regular dental attendance from the time their teeth first erupt, as recommended by the dental profession... It is important to be aware that there are significant inequalities in access to dental care. Children living in deprived communities have the highest levels of dental disease yet face the greatest difficulties accessing care.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.30

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass bei Kindern und Jugendlichen, die Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch erfahren haben, die Mundgesundheit beeinträchtigt war. Insbesondere war die Zahl unversorgter kariöser Zähne in beiden Dentitionen erhöht (siehe Tab. 5). Darüber hinaus haben Studien auch gezeigt, dass in vielen Fällen, in denen sich Zahnärzte um die schlechte Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen sorgen und dies dem Jugendamt mitteilen, die Kinder oder Jugendlichen und ihre Familien oft bereits Hilfe oder Unterstützung durch das Jugendamt erhalten (Kvist et al. 2018). Diese Statistiken verdeutlichen, dass es sich bei Zahnärzten um Angehörige des Gesundheitswesens handelt, die sich für den Schutz von Kindern und deren Wohlbefinden einsetzen können und sollten.

Diese Handlungsempfehlungen zielen insbesondere darauf ab, zahnmedizinisch ausgebildeten Personen bei der Untersuchung oder Behandlung von Kindern oder Jugendlichen Orientierung zu geben und die Bedeutung ihrer Rollen und Verantwortlichkeiten für den Kinderschutz hervorzuheben. Die Handlungsempfehlungen beschreiben deutlich die Faktoren, die dieser Personenkreis bei Verdacht auf Misshandlung oder (dentale) Vernachlässigung berücksichtigen und mit den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen soll. Einige der beschriebenen Faktoren sind klar und objektiv (z.B. Beeinträchtigung durch Karies, Dauer und Ausprägung der Karies). Andere sind vom Kenntnisstand der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen und von deren Einstellung zu Karies oder Mundgesundheit in Bezug auf ihre Kinder und Jugendlichen abhängig. Einige Personen- und Umweltfaktoren müssen jedoch zusätzlich berücksichtigt und mit den Kindern oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen diskutiert werden. Diese Faktoren werden im Folgenden näher erläutert.

Die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen ergibt sich aus der zunehmenden Erkenntnis, dass Kinder und Jugendliche, ihr Einverständnis und ihre Ansichten bei der Behandlungsplanung je nach Alter und Entwicklungsstand berücksichtigt werden sollen. Dieses kann unter Umständen Auswirkungen auf vorherige zahnärztliche Behandlungen gehabt haben (Harris et al. 2009).

Zusätzlich muss die Fähigkeit zur Behandlung berücksichtigt werden, da es aufgrund anderer persönlicher Faktoren, wie z.B. bei Kindern oder Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen oder Kindern im Vorschulalter, herausfordernder sein kann, diese jungen Patienten zu behandeln. Das bedeutet jedoch nicht, dass dieser Personenkreis nicht zahnärztlich versorgt werden kann, sondern vielmehr, dass das Behandlungsumfeld entsprechend angepasst werden muss. Hierzu stehen verschiedene Formen der Verhaltenslenkung, aber auch pharmakologische Verfahren, wie zum Beispiel Sedierung, Analgosedierung und Behandlung unter Narkose, zur Verfügung.



Expertenmeinung

*Die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen
Behandlung der Kinder und Jugendlichen*

Während für die Geschäftsfähigkeit einer Person im Bürgerlichen Gesetzbuch ([§ 104 Nr. 1](#) sowie [§ 105 Nr. 1 BGB](#)) Altersgrenzen eindeutig festgelegt sind (Geschäftsunfähigkeit: bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres; beschränkte Geschäftsfähigkeit: ab dem vollendeten 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres), ist dieses für die Einwilligung in eine Behandlung nicht der Fall. Die Befähigung zur Entgegennahme der Aufklärung über eine Behandlung und die Abgabe der Einwilligung in eine solche hängen von der individuellen geistigen und sittlichen Reife dieser Person ab, also von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen hinsichtlich der Bedeutung und Tragweite des Eingriffs. Während des Gesprächs ist zu eruieren, ob der Minderjährige dem Inhalt und den mitgeteilten Informationen folgen kann, zum Beispiel indem er weiterführende Fragen stellt, und dieses bei seiner Entscheidung berücksichtigen kann. Das Gespräch hat in einer für den Minderjährigen angemessenen, leicht verständlichen Weise zu erfolgen. In den meisten Fällen wird man eine rechtswirksame Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen vor Vollendung des 14. Lebensjahres, welches die Grenze der strafrechtlichen Schuldfähigkeit darstellt ([§ 19 StGB](#)), nicht als gegeben ansehen (Maag 2008).

Dr. med. Reinhard Schilke

Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.

Die Verfügbarkeit der und die Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung beziehen sich auf Umweltfaktoren oder Ungleichheiten beim Zugang zur zahnärztlichen Versorgung, die bei Verdacht auf (dentale) Vernachlässigung berücksichtigt werden sollten. In den größeren Städten Deutschlands gibt es zahlreiche Zahnarztpraxen. In ländlicheren Gebieten kann die Verfügbarkeit von Zahnärzten eingeschränkt sein, sodass die Wege zu einer Zahnarztpraxis länger ausfallen können. Insgesamt gesehen besteht jedoch ein gutes flächendeckendes Versorgungsangebot.

Die Bereitschaft, zum/zur Zahnarzt_ärztin zu gehen, oder das Ausfallenlassen von Zahnarztterminen kann durch Umweltfaktoren von Kindern und Jugendlichen beeinflusst werden. Ein typischer Grund für das Nichtwahrnehmen eines Termins ist die Überlastung der Eltern im Alltag, die zu einer geringen Priorisierung der Mundgesundheit ihrer Kinder und Jugendlichen führt. Den Eltern fehlen häufig eigene regelmäßige Zahnarztbesuche, das Vertrauen in das zahnmedizinische Gesundheitssystem und Selbstvertrauen (Hallberg, Camling, Zickert, Robertson, Berggren 2008). Überlastung ist auch der am häufigsten genannte Grund für Schutzmaßnahmen in Deutschland. Dieses spiegelt den Unterstützungsbedarf dieser Eltern wider.

Nr. 31 Statement	Starker Konsens (100%)
<p>Wurden Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen über die Art und das Ausmaß der (kariösen) Erkrankungen ihres Kindes, den Nutzen einer Behandlung, die spezifischen Behandlungsoptionen und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen zur Abwendung von weiterführenden Schäden informiert und enthalten sie ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene vor, ist dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung.</p>	
<p>Quelle: American Academy of Pediatric Dentistry 2016; Bhatia et al. 2014; Harris et al. 2009</p>	
4	Statement

Referenz

Textauszug

American Academy of Pediatric Dentistry 2016
LoE 4

Caregivers with adequate knowledge and willful failure to seek care must be differentiated from caregivers without knowledge or awareness of their child's need for dental care in determining the need to report such cases to child protective services.

Failure to seek or obtain proper dental care may result from factors such as family isolation, lack of finances, parental ignorance, or lack of perceived value of oral health. The point at which to consider a parent negligent and to begin intervention occurs after the parent has been properly alerted by a health care professional about the nature and extent of the child's condition, the specific treatment needed, and the mechanism of accessing that treatment

Bhatia et al. 2014
LoE 2++

Certain features of dental neglect are clearly identifiable: namely a failure or delay in seeking treatment for significant dental caries or trauma, failure to complete a recommended course of treatment, or allowing the child's oral health to deteriorate avoidably.

Harris et al. 2009
LoE: 4

To reach their potential for optimal oral health, children have a number of needs: a diet limited in the amount and frequency of sugar intakes, a regular source of cariespreventive fluoride, daily oral hygiene, and access to regular dental care to enable them to benefit from preventive interventions and early diagnosis and treatment of dental disease when necessary... Dental neglect can be defined as the persistent failure to meet a child's basic oral health needs, likely to result in the serious impairment of a child's oral or general health or development. It may occur in isolation or may be an indicator of a wider picture of neglect or abuse.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.31

Diese Handlungsempfehlung richtet sich sowohl an Zahnärzte_innen als auch an andere (medizinische) Fachkräfte und definiert gewichtige Anhaltspunkte für die Entscheidungsfindung, ob eine dentale Vernachlässigung vorliegen kann.

Die Eltern sollen über das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung ihres Kindes, z.B. unversorgte kariöse Läsionen, aufgeklärt und über die Folgen bei Ausbleiben einer Behandlung informiert werden. Anschließend sollen ihnen verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie eine Behandlung erfolgen kann.



Zähneputzen und manuelle Motorik im (Klein-)Kinderalter

Ein Kind im Alter von 24 bis 36 Monaten ist von der Schulter bis zum Handgelenk motorisch noch relativ steif. Daher sind lediglich große gradlinige Bewegungen möglich. Das Kind ist noch nicht in der Lage, seine Körpermitte bei Bewegungen von einer Körperseite zur anderen zu überschreiten. Die Kauflächen der Zähne können in diesem Alter mit gradlinigen Schrubb-Bewegungen erreicht werden. Mit etwa dreieinhalb Jahren (42 Monaten) ermöglicht die motorische Entwicklung die Ausführung großer, noch unförmiger Kreise. Die Bewegung erfolgt aus dem Schulter- oder Ellenbogengelenk heraus. Die Körpermitte kann nun überschritten werden. Die Außenflächen der Zähne können mit großen Kreisen geputzt werden.

Das vier- bis fünfjährige Kind kann bereits aus dem Ellenbogen heraus kleine Kreisbewegungen ausführen, wodurch die Zahnaußenflächen besser erreicht werden können.

Bei einem siebenjährigen Kind ist die Feinmotorik der Hand- und Fingergelenke weiter vorangeschritten. Kleine Kreis- und Strichbewegungen können exakter ausgeführt werden. Dieses ermöglicht eine reproduzierbare Schreibschrift und frühestens jetzt das Erreichen der Zahninnenflächen (Thumeyer und Buschmann 2012).

Nr. 32 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (91%)

Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sollten* Zahnärzte_innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten.

Quelle: American Academy of Pediatric Dentistry 2016; Harris et al. 2009
LoE 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

American Academy of Pediatric Dentistry 2016

As with all suspected child abuse or neglect, when sexual abuse is suspected or diagnosed in a child, the case must be reported to child protective services and/or law enforcement agencies for investigation. A multidisciplinary child abuse evaluation for the child and family should be initiated.

LoE: 4

Harris et al. 2009

If at any point there is concern that the child is suffering significant harm from dental neglect or showing other signs of neglect or abuse, a child protection referral should be made by following local child protection procedures. The reasons for referral should be made clear, specifying the concerns and what they indicate in relation to harm or potential harm to the child. In most instances parents should be informed, unless by doing so the child could be put at increased risk or any subsequent investigation could be prejudiced. Strong links should be established with other health and social care professionals to facilitate communication. When there are concerns about a child, clinical correspondence should be copied to the general medical practitioner. Working together should be seen as a two-way process for discussion, referral and support.

LoE: 4

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.32

Diese Handlungsempfehlung richtet sich insbesondere an Zahnärzte_innen, Fachzahnärzte_innen oder Fachärzte_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die innerhalb eines Krankenhauses arbeiten. Die strukturierte medizinische Diagnostik beinhaltet:

1. multiprofessionelle Arbeit
2. strukturiertes und mehrstufiges Vorgehen
3. Partizipation der Kinder und Jugendlichen
4. Beteiligung der Personensorgeberechtigten
5. Dokumentation
6. Beteiligung der Jugendhilfe

Mehr Information über die strukturierte medizinische Diagnostik (laut OPS 1-945) ist verfügbar in dem [Kapitel 4.2.3](#) Vorgehen im Krankenhaus: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945).

Nr. 33 KKP

Konsens (91%)

Zahnärzte_innen sollen* bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

Empfehlungsgrad A*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.33

Diese Handlungsempfehlung richtet sich an alle Zahnärzte_innen, Fachzahnärzte_innen und Fachärzte_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und ist unabhängig von deren Arbeitsplatz. Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung setzt voraus, dass sich dieser Personenkreis über das KKG¹¹ informiert. Das KKG fordert (wenn möglich) die Besprechung mit Kindern und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten über den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung und beinhaltet das Recht der Angehörigen des Personenkreises auf eine Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Mehr Information ist verfügbar in dem Kapitel [4.2.2 Informationsaustausch](#).

Nr. 34 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Jede orale Verletzung sollte* genau dokumentiert werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden.

Ärzte_innen oder/und Zahnärzte_innen sollten* bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

Quelle: Maguire et al. 2007; Royal College of Paediatrics and Child Health 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Maguire et al. 2007
LoE: 2++

Textauszug

This study confirms that intra-oral injury occurs in a significant number of children who have been physically abused. Injuries are widely distributed to the lips, gums, tongue and palate and include fractures, intrusion and extraction of the dentition, bruising, lacerations and bites... The most commonly recorded abusive injuries to the mouth were lacerations or bruising to the lips. The remaining injuries included mucosal lacerations, dental trauma (including fractures, intrusion and forced extraction), tongue injuries and gingival lesions. No characteristics of these lesions were specific to an abusive aetiology, apart from an adult bite to a child's tongue.

Current literature does not support the diagnosis of abuse based on a torn labial frenum in isolation

¹¹ Die Änderungen des KKG vom 10.06.2021 beinhalten, dass Zahnärzte und Zahnärztinnen explizit im § 4 KKG benannt sind. Sie gehören zu der Berufsgruppe, die das Jugendamt bei dringender Gefahr von Kindern und Jugendlichen informieren sollen.

Royal College of Paediatrics and Child Health 2017a
LoE: 2++

Evidence to date indicates a child with a torn frenum should undergo a full child protection evaluation but if no other injuries nor any social concerns are identified, the presence of a torn frenum alone is not diagnostic of physical abuse.

There is inadequate evidence to support the view that torn labial frenum is pathognomonic of child abuse, if after a full investigation no occult injuries or social concerns are present in addition to the torn frenum...The lips are the commonest recorded site of abusive injury (not torn frenum) although it is not always clear how often the oral cavity was examined.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.34

Diese Empfehlung richtet sich an alle (fach-)zahnärztlich oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgisch tätigen Personen. Das KKG fordert (wenn möglich) die Besprechung mit Kindern und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten über den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung und beinhaltet das Recht der Angehörigen des Personenkreises auf eine Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Mehr Information ist verfügbar in dem Kapitel 4.2.2 Informationsaustausch.

Die strukturierte medizinische Diagnostik (laut OPS 1-945) richtet sich insbesondere an Zahnärzte_innen, Fachzahnärzte_innen oder Fachärzte_innen für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die innerhalb eines Krankenhauses arbeiten. Mehr Information ist verfügbar in dem Kapitel ‚Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945)‘.

4.3.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom

Der Themenblock befasst sich mit dem strukturierten Vorgehen und der Diagnostik bei und der Behandlung von Neugeborenen drogenkonsumierender Mütter. Als Merkmale gelten sowohl ein neonatales Drogenentzugssyndrom (NAS) als auch das Wissen um eine drogenkonsumierende Schwangere bzw. Mutter.



Definition neonatales Drogenentzugssyndrom

WHO

“Neonatal Abstinence Syndrome/Neonatal Withdrawal Syndrome

When a neonate shows signs of withdrawal from exposure to psychotropic substances in utero, this is referred to as neonatal abstinence or neonatal withdrawal.”

ICD 10- P96.15

„Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter

- Drogenentzugssyndrom beim Kind einer abhängigen Mutter
- Neonatales Abstinenzsyndrom

Exkl.: Reaktionen und Intoxikationen durch Opiate und Tranquilizer, die der Mutter während der Wehen und Entbindung verabreicht wurden (P04.0).“

Aufgrund einer persönlichen Mitteilung des Statistischen Bundesamtes wurde das neonatale Drogenentzugssyndrom im Jahr 2015 bei insgesamt 567 Neugeborenen erfasst. Eine Aussage dazu, welche Substanzen die Mütter in der Schwangerschaft eingenommen haben, ist nicht zu eruieren. Laut Minozzi et al. (2013) zeigten zwischen 48% und 94% der Kinder, die während der Schwangerschaft Methadon ausgesetzt waren, klinische Entzugszeichen.



Strukturiertes Assessment

- Frühzeitiges Einleiten notwendiger Maßnahmen für das Neugeborene bei Bekanntwerden eines Drogenkonsums einer Schwangeren
- Frühzeitiges Erkennen der Behandlungsnotwendigkeit Neugeborener drogenabhängiger Mütter
- Frühzeitige Beratung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten für suchtblastete Eltern

Evidenzlage

Es wurden zwei evidenz- und konsensbasierte Leitlinien berücksichtigt (Weltgesundheitsorganisation 2014; Die Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). 2016).

Es liegen Messinstrumente für NAS vor, die sich auf Neugeborene von Müttern mit Opioidexposition beziehen. Die [S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen](#) spricht von einem Methamphetamin-induzierten NAS mit eigenen Symptomen und empfiehlt ein entsprechendes NAS-Scoring für Methamphetamin-exponierte Neugeborene.

Die Vorgaben zur Anwendung der Messinstrumente in Bezug auf Startzeitpunkt, Zeitintervalle, Startzeitpunkt der Behandlung und Beobachtungsdauer wurden häufig nicht benannt und die Messinstrumente und deren Modifizierung sind zahlreich (Tab. 6). Die Frage nach dem Goldstandard zur strukturierten Beobachtung des Neugeborenen konnte nicht beantwortet werden.

Die WHO empfiehlt für jede geburtsversorgende Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen für Neugeborene mit Verdacht auf eine NAS bzw. bei Wissen um den Drogenkonsum der Mutter.

i Praxistipp **Bei Kenntnis oder Verdacht auf den Drogenkonsum einer Schwangeren soll eine stationäre Aufnahme des Neugeborenen erfolgen.**

Exploration der Mutter bezüglich ihres Drogenkonsums
strukturierte Überwachung des Neugeborenen bis zu vier bis sieben Tage nach der Geburt

- Nutzen eines Messinstrumentes zur Diagnose von NAS, das von geschulten Fachkräften eingesetzt wird
- Nutzen eines strukturierten Besuchs- und Interaktionsprotokolls
- multiprofessionelles Vorgehen und abschließende Fallkonferenz mit den Personensorgeberechtigten und den unterstützenden Helfersystemen

Tab. 6 Messinstrumente für neonatales Drogenentzugssyndrom nach (Orlando 2014)

Artikel	Name des Tools	Items	Grenzwerte für die Behandlung	Tool-spezifisches Durchführungsprotokoll	Veröffentlichte und definierte Items	Trainingsmaterial oder offizieller Kurs
Finnegan et al. 1975	Finnegan Neonatal Abstinence Scoring Tool	21	ja	ja	ja	Video-/DVD-Material
Lipsitz et al. 1975.	Neonatal Drug Withdrawal Scoring system	11	nein	nein	nein	nein
Green et al. 1981.	Neonatal Narcotic Withdrawal Index	7	ja	ja	ja	nein
Zahorodny et al. 1998.	Neonatal Withdrawal Inventory	7	nein	nein	Nein	nein
Jones et al. 2010.	MOTHER NAS Scale	19	ja	Ja	ja	Video ausschließlich entwickelt für die Schulung wissenschaftlicher Mitarbeiter
Chasnoff et al. 1984.	The Moro Scale score	8	nein	nein	nein	nein
O'Brien et al. 2004.	Measurement of Movement	1	nein	nein	nein	nein
Jones et al. 2010.	Three-Sign Screening Index	3	nein	nein	ja	nein
Maguire et al. 2013.	Finnegan Neonatal Abstinence Scale – Short Form	7	ja	nein	ja	Video-/DVD-Material von Finnegan et al. 1975; nicht für die Kurzform verfügbar

Handlungsempfehlungen: Neonatales Drogenentzugssyndrom

Nr. 35 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Starker Konsens (100%)
<p>Gesundheitseinrichtungen mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Versorgung sollten* ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms vorhalten und anwenden. Das neonatale Drogenentzugssyndrom sollte* mithilfe geeigneter Messinstrumente beurteilt werden.</p>		
<p>Quelle: AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016; Bagley et al. 2014; World Health Organization Guidelines 2014</p> <p>LoE 2++</p>	<p>Empfehlungsgrad B*</p>	

Referenz

AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016

AGREE II: 82%

Quell-Leitlinie

Textauszug

7.2. *Ärzte und andere Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen der Geburtshilfe, Geburtsvorbereitung, Neonatologie und Pädiatrie, die schwangere Frauen behandeln bzw. betreuen, sollten für die Problematik eines möglicherweise während der Schwangerschaft fortbestehenden Metamphetamin-Konsums und dessen hohe Risiken für Mutter und ungeborenes Kind sensibilisiert und im Umgang mit diesem Problem (inklusive Kurzinterventionen) fortgebildet werden.*

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

7.5. *Metamphetamin konsumierende Schwangere sollen interdisziplinär in möglichst enger Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtmedizin/-hilfe, Geburtshilfe und Neonatologie sowie Familien-/Jugendhilfe betreut werden.*

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

7.11. *Bei Verdacht auf ein neonatales Abstinenzsyndrom soll mit Zustimmung der Mutter ein spezifisches Substanzscreening bei Mutter und Kind durchgeführt werden.*

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 91%

7.12 *Bei Verdacht auf ein neonatales Abstinenzsyndrom soll therapievorbereitend und -begleitend ein einheitlicher NAS-Score (modifizierter Finnegan-Score) eingesetzt werden.*

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

Bagley et al. 2014

LoE: 2++

There is limited data on the inter-observer reliability of NAS assessment tools due to lack of a standardized approach.

[..] The most commonly used FS [Finnegan Score] has been modified and is used differently across institutions. Nurseries and NICUs [Neonatal intensive care unit] have highly variable practices that range from use of published abstinence tools to inconsistent assessment strategies.

As the incidence and clinical impact of NAS rises, it is critical for infant care that clinicians employ a common, objective, and validated tool to guide diagnosis and treatment of NAS.

World Health Organization Guidelines 2014

AGREE II: 76%

Health-care facilities providing obstetric care should have a protocol in place for identifying, assessing, monitoring and intervening, using non

Quell-Leitlinie

pharmacological and pharmacological methods, for neonates prenatally exposed to opioids.

A measure of NAS such as the Finnegan scale is typically used to guide treatment initiation, maintenance, and weaning. Because there is neither a uniform assessment method to measure NAS nor an established treatment protocol, and health-care practices and costs worldwide are not uniform, it is difficult to state with any precision how NAS is treated across the globe. Moreover, the availability of opioids as a treatment for NAS varies worldwide, further complicating the ability to make general statements regarding NAS treatment. Patrick and colleagues (Patrick et al. 2012) found that, between 2000 and 2009, per 1,000 hospital live births, prenatal exposure to opioids increased from 1.2 to 5.6 and the incidence of NAS increased from 1.2 to 3.4. Hospital charges for discharges with NAS increased more than 46% during this same 10-year period.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.35

In der Praxis kommen unterschiedliche Tools zur Feststellung eines Behandlungsbedarfes und/oder zur Durchführung einer Substitution zum Einsatz. Hier ein Überblick über die in der Literatur gefundenen und in der Praxis in Anwendung befindlicher Messinstrumente (siehe Tab. 6).

Nr. 36 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Neugeborene, die in der Schwangerschaft dauerhaft Opioiden ausgesetzt waren, sollen* stationär aufgenommen und auf ein neonatales Drogenentzugssyndrom geprüft werden, unabhängig davon, welches Opioid in welcher Dosierung von der Mutter eingenommen wurde.

Quelle: Cleary et al. 2010; Jones et al. 2010; Kaltenbach et al. 2012; World Health Organization Guidelines 2014

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Cleary et al. 2010
LoE: 2++

Textauszug

Severity of the neonatal abstinence syndrome does not appear to differ according to whether mothers are on high- or low-dose methadone maintenance therapy. The injudicious lowering of methadone doses in the hope that this will decrease the risk of NAS could be counterproductive. The negative behavioral and social symptoms often experienced by victims of

Jones et al. 2010
LoE: 1++

*The percentage of neonates requiring NAS treatment did not differ significantly between groups ($P = 0.26$), nor did the groups differ significantly with respect to the peak NAS score ($P = 0.04$) or head circumference ($P = 0.04$).
The superiority of buprenorphine over methadone did not extend to differences in the number of neonates requiring NAS treatment, peak NAS score, head circumference, any other neonatal outcome, or any maternal outcome.*

Kaltenbach et al. 2012
LoE: 1++

In utero exposure to psychotropic medications, delivery type, maternal weight, maternal medication dose and number of days the mother received double-blind study medication did not affect the likelihood of the infant's receipt of NAS treatment.

World Health Organization Guidelines 2014
AGREE II: 76%
Quell-Leitlinie

Evidence of a dose-response relationship between opioid maintenance treatment and neonatal withdrawal syndrome has been inconsistent, which implies that all infants should be assessed.

Nr. 37 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (91%)

Neugeborene, die in der Schwangerschaft Opioiden und/oder Amphetaminen ausgesetzt waren, sollten* mindestens vier bis sieben Tage nach der Geburt stationär mithilfe geeigneter Messinstrumente überwacht werden.

Quelle: AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016; Gaalema et al. 2012; World Health Organization Guidelines 2014
LoE 1++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

AWMF S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen 2016

Die klinischen Symptome des Neugeborenen treten meist sofort nach der Geburt auf (Amphetaminabusus), können aber auch erst nach 36 bis 72 Stunden oder bei Beikonsum sedierend wirksamer Psychopharmaka nach sieben Tagen bis vier Wochen verzögert auftreten.

AGREE II: 82%

Quell-Leitlinie

Gaalema et al. 2012

Two NAS signs (undisturbed tremors and hyperactive Moro reflex) were observed significantly more frequently in methadone-exposed neonates and three (nasal stuffiness, sneezing, loose stools) were observed more frequently in buprenorphine-exposed neonates. Mean severity scores on the total NAS score and five individual signs (disturbed and undisturbed tremors, hyperactive Moro reflex, excessive irritability, failure to thrive) were significantly higher among methadone-exposed neonates, while sneezing was higher among buprenorphine-exposed neonates. Among treated neonates, methadone-exposed infants required treatment significantly earlier than buprenorphineexposed infants (36 versus 59 hours postnatal, respectively).

LoE: 1++

World Health Organization Guidelines 2014

Infants exposed to opioids during pregnancy should remain in the hospital at least 4-7 days following birth and be monitored for neonatal withdrawal symptoms using a validated assessment instrument which should be first administered 2 hours after birth and then every 4 hours thereafter.

AGREE II: 76%

Quell-Leitlinie

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.37

In der Praxis kommen unterschiedliche Tools zur Feststellung eines Behandlungsbedarfes und/oder zur Durchführung einer Substitution zum Einsatz. Einen Überblick dazu gibt Tabelle 6.

Nr. 38 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Ein einzelner Spitzenwert bei der Messung mit einem Screeninginstrument soll* nicht als alleiniger Parameter zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom führen.

Quelle: Jones et al. 2010; Galemaa et al. 2012
LoE: 1++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Galemaa et al. 2012
LoE: 1++

All neonates in each study medication condition had at least one total NAS score greater than 0 at some point during the observation period. Regarding incidence of the individual signs of NAS, two signs were observed significantly more often in the methadone compared to the buprenorphine condition: undisturbed tremors and hyperactive Moro reflex ($P_s = 0.03$; Table 2). Three individual signs were observed significantly more often in the buprenorphine compared to the methadone condition: nasal stuffiness, sneezing and loose stools ($P_s = 0.01$)

Jones et al. 2010
LoE: 1++

The percentage of neonates requiring NAS treatment did not differ significantly between groups ($P = 0.26$), nor did the groups differ significantly with respect to the peak NAS score ($P = 0.04$) or head circumference ($P = 0.04$).

Nr. 39 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Eine Kurzversion des modifizierten Finnegan-Scores kann* bei Neugeborenen ohne schweren Krankheitsverlauf genutzt werden, um das neonatale Drogenentzugssyndrom zu diagnostizieren.

Quelle: Maguire et al. 2013
LoE 2+

Empfehlungsgrad 0*

Referenz

Maguire et al. 2013
LoE: 2+

Textauszug

Not only were there enough assessments to validate the use of the short form M-FNAS, the scores of 8 or greater on the long form significantly correlated with a score of 8 or greater on the short form. Thus, assessing the infant with the short form will identify infants with NAS, and those infants are likely to be treated in the same manner as those assessed with the long form.

Nr. 40 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Neben validierten Messinstrumenten kann* die Messung der Beinbewegung des Neugeborenen unterstützend zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom beitragen.

Die Messung kann* über einen gewöhnlichen Aktivitätssensor erfolgen, der am Bein des Neugeborenen befestigt wird.

Quelle: O'Brien et al. 2010
LoE 2+

Empfehlungsgrad 0*

Referenz

O'Brien et al. 2010
LoE: 2+

Textauszug

The sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values were 94%, 85%, 88%, and 92% respectively (table 3). Of the five newborns stabilised on treatment at the time of the study, all were correctly identified by measuring less than the treatment threshold.

Nr. 41 KKP

Starker Konsens (100%)

Das strukturierte Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms sollte* unter anderem ein strukturiertes Besuchs- und Interaktionsprotokoll und ein multiprofessionelles Vorgehen, einschließlich einer Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen, enthalten.

Quelle: AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016; World Health Organization Guidelines 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016

AGREE II: 82%

Quell-Leitlinie

Textauszug

Empfehlungen 7-1 bis 7-14 aus 7.1.1 Prä- und perinatale Risiken und Schädigungen sowie Geburtskomplikationen

Einzelempfehlungen:

7.2. Ärzte und andere Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen der Geburtshilfe, Geburtsvorbereitung, Neonatologie und Pädiatrie, die schwangere Frauen behandeln bzw. betreuen, sollten für die Problematik eines möglicherweise während der Schwangerschaft fortbestehenden Methamphetamin-Konsums und dessen hohe Risiken für Mutter und ungeborenes Kind sensibilisiert und im Umgang mit diesem Problem (inklusive Kurzinterventionen) fortgebildet werden.

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

7.4. Bei Drogenmissbrauch in der Anamnese oder Verdacht auf aktuellen Drogenkonsum sollen schwangere Frauen zu einem freiwilligen Drogenscreening motiviert werden.

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

7.5. Metamphetamin konsumierende Schwangere sollen interdisziplinär in möglichst enger Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtmedizin/-hilfe, Geburtshilfe und Neonatologie sowie Familien-/Jugendhilfe betreut werden.

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 100%

7.11. Bei Verdacht auf ein neonatales Abstinenzsyndrom soll mit Zustimmung der Mutter ein spezifisches Substanzscreening bei Mutter und Kind durchgeführt werden.

Expertenkonsens mit Abstimmungsergebnis: 91%

World Health Organization Guidelines 2014

AGREE II: 76%

Quell-Leitlinie

A complete and thorough evaluation of the dyad in the perinatal period would consider several factors, including:

- maternal medical and psychiatric status;*
- maternal drug use and substance abuse treatment histories and medication requirements;*
- maternal family and community support systems;*
- maternal plans for postpartum health and psychiatric care, substance abuse treatment and pediatric care;*
- access to and capacity to afford breastmilk substitutes, access to clean water and capacity to sterilize feeding equipment.*

Teil B Merkmale von Eltern*

In diesem Teil werden Situationen beschrieben, in denen Fachkräfte in ihrem Berufsalltag mit Schwangeren, Eltern und Personensorgeberechtigten, die ggf. durch bestimmte Merkmale auffallen, konfrontiert sind.

Diese Belastungen können einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf mit sich bringen:

- mütterliche, familiäre oder andere psychosozialer Belastungen
- psychische Belastungen
- Belastung durch Suchtverhalten.

Zielgruppe sind Fachkräfte im Gesundheitswesen, die originär einen Versorgungsauftrag für Erwachsene haben und durch ihr Handeln einerseits einer unangemessenen Vorverurteilung der eigenen Patienten_innen und andererseits einer möglichen Kindeswohlgefährdung entgegenwirken können.

Die Einschätzung und Abwägung der Belastungen und der vorhandenen Ressourcen erfordern eine fachliche Einschätzung und einen spezifischen Informationsaustausch mit weiteren Fachkräften. Hierbei sind die rechtlichen Möglichkeiten (z.B. nach § 4 KKG), ein sensibler Austausch zur Ermittlung von Bedarfen mit den Patienten_innen und der Bezug auf das Kind relevant.



**Frühzeitiges Erkennen und Vermitteln von
Hilfe- und Unterstützungsbedarf für Familien.**

4.3.7 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

Die psychosoziale Gesundheit von Schwangeren und ihren Familien kann die perinatalen Ergebnisse, sowohl die der Mutter als auch die des Neugeborenen, prognostizieren. Bei einigen psychosozialen Faktoren wird davon ausgegangen, dass sie die perinatalen Ergebnisse der Mutter-Kind-Dyade eher/stärker negativ beeinflussen können als andere Faktoren. Diese Faktoren sollen unter anderem die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes erhöhen (Wilson et al. 1996). Weltweit wird angenommen, dass die frühzeitige Erkennung von Familien mit Bedürfnissen, die Unterstützung, Hilfe oder Intervention benötigen, den Schaden für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern verringern oder verhindern kann und einen erheblichen wirtschaftlichen Nutzen hat. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Centre for Disease Control (CDC) können einige Faktoren herausgestellt werden, die das Risiko einer Misshandlung oder Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen erhöhen. Die WHO sowie das CDC bezeichnen diese Faktoren als Risikofaktoren. Diese Leitlinie hat sich für die neutralere Bezeichnung Belastungsfaktoren entschieden.



In Anlehnung an **Child Abuse and Neglect: Risk Factors** (Centers for Disease Control and Prevention 2018a; Weltgesundheitsorganisation 2016)

Kindlichen Belastungsfaktoren

- Kinder unter 4 Jahre
- Besondere Bedürfnisse mit erhöhtem Pflegeaufwand (z.B. Behinderungen, psychische und chronische Erkrankungen)
- Ungewollte/unerwünschte Kinder
- Kinder, die die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen

Weitere Belastungsfaktoren

Elterliche Belastungsfaktoren

- Mangelndes Verständnis der Eltern für die Bedürfnisse, Entwicklungen und Fähigkeiten ihrer Kinder
- Bindungsproblematik (zwischen Eltern und Säugling)
- Erfahrungen mit Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung in der eigenen Kindheitsgeschichte, aber auch in der aktiven Rolle als Elternteil
- Drogenkonsum und/oder psychische Erkrankung, sowie Depressionen in der Familiengeschichte
- junges Alter, geringer Bildungsstand, alleinerziehend, große Anzahl unterhaltspflichtige Kinder und niedriges Einkommen
- vorübergehend im Haushalt lebende Bezugspersonen (z.B. männlicher Partner der Mutter)
- Unterstützung und Rechtfertigung von misshandelnden Verhalten
- Beteiligung an kriminellen Aktivitäten

Familiäre Belastungsfaktoren

- Soziale Isolation
- Familiäre Desorganisation, Trennung, Häusliche und partnerschaftliche Gewalt
- Erziehungsstress, belastete Eltern-Kind-Beziehungen und negative Wechselwirkungen

Risikofaktoren in der Nachbarschaft

- Gewalt in der Nachbarschaft

- Konzentrierte Benachteiligung in Nachbarschaft und Wohnumfeld (z.B. sozial benachteiligte Stadtteile, Bevölkerung mit Armutsrisiko und/oder leichtem Zugang zu Alkohol, schwieriges Wohnumfeld, hohe Arbeitslosenquote und schlechte soziale Bindungen.)

Die Schwangerschaft und die Zeit unmittelbar nach der Geburt des Kindes bieten die optimale Gelegenheit, mit der Frau über Aspekte der psychosozialen Gesundheit und ihre eigenen möglichen Belastungsfaktoren sowie die der gesamten Familie zu sprechen. Rund um die Geburt bis in die frühe Kindheit gibt es besonders viele Möglichkeiten der (medizinischen) Betreuung, während derer über mögliche Unterstützungs- und Hilfebedarfe gesprochen werden kann, z.B. im Rahmen von etwa Vorsorgeterminen der Frauen. Bei frühzeitig erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf können das Neugeborene und seine Familie von Geburt an unterstützt werden.

Für einige Belastungsfaktoren stehen kurze, zuverlässige und valide Screeninginstrumente zur Verfügung, um Unterstützungs- und Hilfebedarf zu erkennen. Ein Beispiel ist der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Dieser Fragebogen hilft dabei, depressive Verstimmungen bei Frauen nach der Entbindung zu erkennen. Er ist weltweit anerkannt und wird weltweit genutzt. Zudem gilt der Fragebogen als zuverlässig und ökonomisch. Die deutsche Version ist über die Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. erhältlich. Andere psychische oder psychiatrische Belastungsfaktoren werden jedoch weder im EPDS noch mithilfe anderer Instrumente erfasst. Die WHO empfiehlt, alle schwangeren Frauen regelmäßig nach ihrem Konsum von Alkohol und Substanzen in der Vergangenheit und Gegenwart zu fragen, und zwar so früh wie möglich ab Bekanntwerden der Schwangerschaft (basiert auf 17 Quellen mit mäßiger bis schlechter Qualität, u. a. zehn randomisierte Kontrollstudien). Weitere Beispiele für spezifisch ausgerichtete Instrumente sind: Public Health Questionnaire (Depressionen), Women's Experience in Battering Scale (Erkennung einer Misshandlung der Mutter), Abuse Assessment Scale (Erkennung einer Misshandlung der Mutter). Für detailliertere Informationen sehen Sie auch Tabelle 11 im Anhang. Das Kapitel [4.3.8 Informationsaustausch psychische belastete Eltern*](#) beschreibt weitere Informationen und Handlungsempfehlungen zu diesem Thema. Weitere Informationen zum [Neonatalen Drogenentzugssyndrom](#) und [Kinder und Jugendliche suchtblasteter Eltern*](#) finden Sie in dem relevanten Kapitel.



Substance use – Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (WHO)

- 1) "Health-care providers should ask all pregnant women about their use of alcohol and other substances (past and present) as early as possible in the pregnancy and at every antenatal visit." (Strong recommendation)
- 2) "Health-care providers should offer a brief intervention to all pregnant women using alcohol or drugs." (Strong recommendation)
- 3) "Health-care providers managing pregnant or postpartum women with alcohol or other substance use disorders should offer comprehensive assessment, and individualized care." (conditional recommendation)

(Weltgesundheitsorganisation 2014)

Neben den bereits erwähnten Instrumenten zur Erfassung eines spezifischen Belastungsfaktors gibt es Tools, die mehrere Belastungsfaktoren abfragen und erfassen (bspw. ALPHA, Parenting Screening Questionnaire). Diese Verfahren sind meist zeitaufwendiger und bleiben eher oberflächlich/dringen weniger tief in die vermuteten Problematiken vor. Viele von ihnen sind noch nicht validiert. Zusammenfassend

lässt sich festhalten, dass Screeninginstrumente zur Erkennung spezifischer Zielgruppen derzeit schwach evaluiert sind.

Falls ein Unterstützungs- oder Hilfebedarf erkannt wird, sollen entsprechende Maßnahmen angeboten werden. Solche Angebote können in verschiedenen Formen durch die Kinder- und Jugendhilfe oder über das Gesundheitswesen erfolgen. Andere Leitlinien, wie die [S3-Leitlinie „Unipolare Depression – Nationale Versorgungsleitlinie“](#) oder die [S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“](#), können den medizinischen Fachkräften Hinweise zum Umgang mit bestimmten Krankheiten oder Störungen geben. Fachkräfte haben die Möglichkeit, sich über die lokalen Angebote wie bspw. die der Frühen Hilfen oder andere freiwillige Programme durch das Jugendamt oder andere Träger zu informieren. Spezifische Angebote für Familien sind nicht Teil des Kapitels. Für die Studienlage der Interventionsmaßnahmen in Bezug auf spezifische Zielgruppen (z.B. junge Eltern) liegen zwar zahlreiche Studien vor, da die Studien jedoch bei der Zuordnung der Interventionsmaßnahmen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Teilnehmer sowie ihre unterschiedlichen Lebensumstände in eher grobmaschige Oberkategorien und in unspezifische Zielgruppen eingeordnet haben, können die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretiert werden (Fraser, Armstrong, Morris, Dadds 2000). Allgemein ist die Evidenz für die Studienlage mäßig.

Evidenzlage

Die Evidenz der Handlungsempfehlungen zur Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen beruht auf randomisierten kontrollierten Studien, systematischen Übersichtsarbeiten, Kohortenstudien und Reliability-Studien. Die Kohorten bestehen hauptsächlich aus schwangeren Frauen bis zum Ende der perinatalen Periode. Einige Studien fokussieren sich ausschließlich auf die Erkennung eines Hilfe- oder Unterstützungsbedarfs, andere fokussieren sich sowohl auf die Erkennung des Hilfe- oder Unterstützungsbedarfs als auch auf eine entsprechende Intervention. Die Studien beschreiben eine Vielzahl an Belastungsfaktoren ebenso wie die daraus resultierenden Problematiken in den Familien.

Die meisten Studien versuchten, mehrere Faktoren zu identifizieren (und zu intervenieren), die bei der Erhöhung des Risikos von Kindeswohlgefährdung berücksichtigt werden sollten. Einige der Studien konzentrierten sich auf spezifische Faktoren wie Depressionen (Dennis und Dowswell 2013) oder häusliche Gewalt (Mejdoubi et al. 2013; Sharps et al. 2016; Taft et al. 2015). Die Gewichtung der Belastungsfaktoren fiel in den Studien unterschiedlich aus. So reicht beispielsweise ein bestimmter Faktor aus, um die Schwelle für das Angebot einer Intervention zu erreichen, wie z.B. Zwiespältigkeit in der Schwangerschaft oder physische Formen der häuslichen Gewalt. Frauen mit diesem Belastungsfaktor wurde die Teilnahme an der Studie angeboten. Andere Studien erforderten eine Kombination von Belastungsfaktoren (mehr als 3; Mutter unter 18 Jahren, instabile Wohnsituation, finanzieller Stress (Sorge um genügend Nahrung), niedriges Familieneinkommen, soziale Isolation, häusliche Gewalt außer körperlicher Missbrauch) bei den Frauen, bevor diese an den in den Studien angebotenen Interventionen teilnehmen konnten (Fraser, Armstrong, Morris, Dadds 2000).

Anwendung und Praxisbezug

Diese Handlungsempfehlungen richten sich in erster Linie an Fachkräfte, die für die Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Familien in der perinatalen Zeit verantwortlich sind, aber auch an diejenigen, die die Familie in der frühen Kindheit betreuen. Es gibt mehrere Schritte bei den Maßnahmen, die von Fachkräften zur Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen erforderlich sind. Erstens müssen Frauen die Fragebögen entweder freiwillig selbst oder mithilfe einer Fachkraft ausfüllen. Die Antworten müssen dann von einer Fachkraft bewertet und bei Hinweisen auf eine Belastung muss ein Gespräch mit der Frau über die aufgetretenen Bedenken geführt werden. Das Gespräch kann entweder von derselben

Fachkraft, die den Fragebogen ausgewertet hat und bei der Bedenken aufgetreten sind, geführt werden oder durch eine andere Fachkraft. Diese Gelegenheit, mit der Frau zu sprechen, zielt darauf ab, weiter festzustellen, ob tatsächlich ein Bedarf an Hilfe oder Unterstützung besteht. Da einige Fragebögen breit gefächert sind und auch recht allgemein gehaltene Aspekte abfragen, ist die falsch positive Rate relativ hoch (Fisch et al. 2016), sodass das persönliche Gespräch eine zunehmend wichtige Rolle einnimmt – einerseits, um zu einer guten Einschätzung des realen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zu gelangen, andererseits, um das Hilfesystem nicht zu belasten. Die Fachkraft, die das Gespräch führt, sollte Kenntnisse über die lokalen und regionalen Hilfsangebote (Jugendhilfe oder Gesundheitswesen) haben. Entweder können die Fachkräfte selbst eine Unterstützung anbieten oder der Frau den Kontakt zu externen Anbietern vermitteln.

Die Literatur zeigt, dass die Schulung von medizinischen Fachkräften in ihren Kommunikationsfähigkeiten die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie mit Frauen über psychosoziale Faktoren sprechen. Diese Faktoren betreffen insbesondere häusliche Gewalt, früheren sexuellen Missbrauch und Bedenken bezüglich der Betreuung des Babys. Darüber hinaus berichteten die Fachkräfte von einem Wissenszuwachs über psychosoziale Faktoren durch das Training, und sie fühlen sich selbstbewusster und kompetenter im Umgang mit Frauen mit entsprechenden Faktoren sowie im Umgang mit den Themen (Gunn et al. 2006). Dieses Training kann insbesondere für diejenigen Fachkräfte hilfreich sein, die das persönliche Gespräch mit der werdenden Mutter oder Vater führen, wenn Belastungsfaktoren durch das erste Gespräch oder das Ausfüllen des Fragebogens identifiziert wurden.

Leider gibt es keinen Gold-Standard-Fragebogen. Um ein komplettes Bild zu erhalten und einen möglichen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf zu erkennen, müssen mehrere Fragebögen erstellt und ausgewertet werden. Ein paar Faktoren, wie etwa Depressionen, sind durch valide Fragebögen gut erkennbar. Andere Faktoren können direkt erfragt werden. Es wäre optimal für die Frau, wenn sie das methodische Vorgehen zur Beantwortung dieser Fragen selbst wählen kann.

Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich haben verschiedene Möglichkeiten, auf Frauen zuzugehen und mit ihnen in Kontakt zu treten; z.B. bei der Teilnahme an Terminen während der Schwangerschaft oder bei Vorsorgeuntersuchungen für das Kind. Fachkräfte sollten sicherstellen, dass sich die Frauen während des Gesprächs über psychosoziale Faktoren wohl und sicher fühlen. Offene Gespräche mit der Frau über psychosoziale Belastungen erfordern Sensibilität, Erfahrung und fachkundiges, einfühlsames Beurteilen der Umstände. Bei sensiblen Themen wie häuslicher Gewalt oder wenn die Frau verlangt, dass der Partner nicht über das Thema informiert wird, kann die Fachkraft beschließen, diese Informationen nicht in die tragbare Dokumentation (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018) wie den Mutterpass aufzunehmen.

Für die Umsetzung dieser Empfehlungen in die Praxis sind personelle und zeitliche Ressourcen erforderlich.

Handlungsempfehlungen: Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

Nr. 42 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (96%)
<p>Alle Frauen sollen* während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistende¹ oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.</p> <p>¹ z.B. Frauenarzt/-ärztin, Geburtshelfer/-in, Hebamme, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Pädiater/-in, psychosozialer Dienst oder andere in der Geburts- und Frauenheilkunde erfahrene Person</p>	
<p>Quelle: Carroll et al. 2005; Dennis et al. 2013; Fisch et al. 2016; LoE 1++ bis Fraser et al. 2000; Mejdoubi et al. 2013; Sharps et al. 2+ 2016; Taft et al. 2015</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz	Textauszug
<p>Carroll et al. 2005 LoE: 1+</p>	<p><i>Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) group providers identified 115 psychosocial concerns in 98 women, whereas control group providers identified 96 concerns in 129 women (odds ratio [OR] 1.8, 95% confidence interval [CI] 1.1–3.0; p = 0.02). Of the 115 concerns identified by ALPHA group providers, 23 were rated as high; of 96 concerns identified by control group providers, 7 were rated as high (OR 4.8, 95% CI 1.1–20.2; p = 0.03). The intracluster correlation based on the fitted model was 0.16.</i></p>
<p>Dennis et al. 2013 LoE: 1++</p>	<p><i>The results suggest identifying mothers 'at-risk' may assist in the prevention of postpartum depression (average RR 0.66, 95% CI 0.50 to 0.88).</i></p>
<p>Fisch et al. 2016 LoE: 2+</p>	<p><i>Familien, die im diagnostischen Interview als unterstützungsbedürftig eingestuft wurden, hatten fast alle auch im Screeningbogen einen auffälligen Wert von ≥ 3[...], woraus sich eine hohe Sensitivität (d. h. der Anteil richtig Positiver) des Screeningbogens von fast 99% ergab.</i></p> <p><i>Familien ohne Unterstützungsbedarf hatten jedoch nur zu einem Drittel im Screeningbogen ein unauffälliges Ergebnis (<3), folglich war die Spezifität (d. h. der Anteil richtig Negativer) mit 33% gering.</i></p>
<p>Fraser et al. 2000 LoE: 1-</p>	<p><i>The first tier included: (a) sole parenthood; (b) ambivalence to the pregnancy (sought termination, no antenatal care); (c) physical forms of domestic violence; and (d) childhood abuse of either parent. Respondents reporting any one or more of these four risk factors were selected for the study. The second tier included less definitive risk factors and respondents self-reporting three or more of the following risk factors were also selected: (a) maternal age less than 18 years; (b) unstable housing (three or more moves in 2 years, homelessness); (c) financial stress (often concerned about enough food or making ends meet); (d) , A 10 years of maternal education; (e) low family income (, A \$16000 per annum); (f) social isolation; (g) history of mental health disorder (either parent); (h) alcohol or drug abuse; and (i) domestic violence other than physical abuse. On the basis of this system of risk-ranking 39.1% (N = 181) of consenting respondents were selected and randomly assigned either into the intervention group (n = 90) or comparison group (n = 91).</i></p>
<p>Mejdoubi et al. 2013 LoE: 1+</p>	<p><i>Inclusion criteria for the first stage were: (1) maximum age of 25 years, (2) low educational level (prevocational secondary education), (3) maximum</i></p>

28 weeks of gestation, (4) no previous live birth and (5) some understanding of the Dutch language. These women were routed to the second stage, in which VoorZorg nurses interviewed women to ensure they had at least one additional risk factor (being single, a history or present situation of domestic violence, psychosocial symptoms, unwanted pregnancy, financial problems, housing difficulties, no employment and/or education, alcohol and/or drug use).

[At baseline] 18% (n=40) of women in the control group and 19% (n=46) in the intervention group were physically abused during the past year, and 4% (n=9) in the control group and 5% (n=12) in the intervention group were sexually abused.

Sharps et al. 2016

LoE: 1-

In addition to the Abuse Assessment Scale (AAS) to screen for physical and sexual abuse and the Women's Experience in Battering (WEB) scale to detect severe psychological abuse with scores above a normed cutoff, the following instruments were used for major outcome data collection, which occurred at baseline and within 1, 3, 6, 12, 18, and 24 months after delivery.

Taft et al. 2015

LoE: 1+

There were no differences between arms in the proportions of women expressing discomfort about speaking about abuse (Adj RR 0.96, CI 0.73 – 1.25), answering questions about abuse (Adj RR 0.95, CI 0.84– 1.07) or feeling worse about themselves as a result (Adj RR 0.98, CI 0.82–1.16).

Nurses reported both themselves and women as being more comfortable with the self-completion checklist, as other studies have also shown [29]. The checklist allowed women experiencing DV to reflect whether or not they wished to disclose at this consultation or at all, and the nurse was not responsible for raising the issue, which both nurses and women may find confronting.

The study's participatory development phase firmly identified that nurses wanted a later (three or four month) screening time focused on the mother and her needs, as a) there would be less likelihood of her partner attending; [...] they could establish trust prior to screening.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.42

Es wäre am besten, wenn die Frau selbst entscheiden kann, wie sie die Informationen zur Verfügung stellen möchte, entweder durch das Ausfüllen des Fragebogens selbst oder durch ein Gespräch mit einer Gesundheitsdienstleistenden. Die Frau sollte sich während der Durchführung so wohlfühlen wie möglich.

Nr. 43 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (93%)

Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe Nr. 42) soll* mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.

Quelle: Carroll et al. 2005; Dennis et al. 2013; Fisch et al. 2016;
LoE 1++ bis 3 Fraser et al. 2000; Grietens et al. 2004; Mejdoubi et al.
2013; Sharps et al. 2016; Taft et al. 2015

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Carroll et al. 2005

LoE: 1+

When data for the 15 risk factors were grouped into the 4 categories of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form (family factors, maternal factors, substance use and family violence), the only category that was significant was family violence (Table 4). Women with providers in the ALPHA group were almost 5 times as likely to be identified with risk factors related to family violence than women with providers in the control group (no ALPHA form).

Women with providers in the ALPHA group were almost 5 times as likely to be identified with risk factors related to family violence than women with providers in the control group.

Dennis et al. 2013

LoE: 1++

The results suggest identifying mothers 'at-risk' may assist in the prevention of postpartum depression (average RR 0.66, 95% CI 0.50 to 0.88).

Fisch et al. 2016

LoE: 2+

Familien, die im diagnostischen Interview als unterstützungsbedürftig eingestuft wurden, hatten fast alle auch im Screeningbogen einen auffälligen Wert von ≥ 3 [...], woraus sich eine hohe Sensitivität (d. h. der Anteil richtig Positiver) des Screeningbogens von fast 99% ergab.

Familien ohne Unterstützungsbedarf hatten jedoch nur zu einem Drittel im Screeningbogen ein unauffälliges Ergebnis (<3), folglich war die Spezifität (d. h. der Anteil richtig Negativer) mit 33% gering.

Fraser et al. 2000

LoE: 1-

The first tier included: (a) sole parenthood; (b) ambivalence to the pregnancy (sought termination, no antenatal care); (c) physical forms of domestic violence; and (d) childhood abuse of either parent. Respondents reporting any one or more of these four risk factors were selected for the study. The second tier included less definitive risk factors and respondents self-reporting three or more of the following risk factors were also selected: (a) maternal age less than 18 years; (b) unstable housing (three or more moves in 2 years, homelessness); (c) financial stress (often concerned about enough food or making ends meet); (d) , A 10 years of maternal education; (e) low family income (, A \$16000 per annum); (f) social isolation; (g) history of mental health disorder (either parent); (h) alcohol or drug abuse; and (i) domestic violence other than physical abuse. On the basis of this system of risk-ranking 39.1% (N = 181) of consenting respondents were selected and randomly assigned either into the intervention group (n = 90) or comparison group (n = 91).

Grietens et al. 2004

LoE: 3

The final scale contained 20 items and showed high internal consistency and interrater agreement. All items had prevalence rates higher than 5% and significantly estimated the probability that abuse occurred.

<p>Mejdoubi et al. 2013 LoE: 1+</p>	<p><i>Factor 1 was named "Isolation," since most items correlating high with this factor measured perceived problems with regard to social relationships, for instance Item 1 "Mother intimates that she is alone facing the problems" (.65), Item 2 "Mother has but few contacts outside the family and is dissatisfied with it" (.63), [...]. Factor 2 was named "Psychological complexity" since most items correlating high with this factor measured maternal psychological problems which could foster a mismatch between mother and baby, for instance Item 9 "Mother expects the baby to give abundant love" (.64), Item 10 "Mother speaks often about herself and not about the baby" (.59), [...]. Factor 3 was named "Communication problems" since most items correlating high with this factor measured problems in mothers' communication with the outer world, for instance Item 15 "I have a feeling that the information mother is giving on how she deals with the baby, is incomplete or does not tally" (.71), [...].</i></p> <p><i>Inclusion criteria for the first stage were: (1) maximum age of 25 years, (2) low educational level (prevocational secondary education), (3) maximum 28 weeks of gestation, (4) no previous live birth and (5) some understanding of the Dutch language. These women were routed to the second stage, in which VoorZorg nurses interviewed women to ensure they had at least one additional risk factor (being single, a history or present situation of domestic violence, psychosocial symptoms, unwanted pregnancy, financial problems, housing difficulties, no employment and/or education, alcohol and/or drug use).</i></p> <p><i>[At baseline] 18% (n=40) of women in the control group and 19% (n=46) in the intervention group were physically abused during the past year, and 4% (n=9) in the control group and 5% (n=12) in the intervention group were sexually abused.</i></p>
<p>Sharps et al. 2016 LoE: 1-</p>	<p><i>In addition to the Abuse Assessment Scale (AAS) to screen for physical and sexual abuse and the Women's Experience in Battering (WEB) scale to detect severe psychological abuse with scores above a normed cutoff, the following instruments were used for major outcome data collection, which occurred at baseline and within 1, 3, 6, 12, 18, and 24 months after delivery.</i></p>
<p>Taft et al. 2015 LoE: 1+</p>	<p><i>There were no differences between arms in the proportions of women expressing discomfort about speaking about abuse (Adj RR 0.96, CI 0.73 – 1.25), answering questions about abuse (Adj RR 0.95, CI 0.84– 1.07) or feeling worse about themselves as a result (Adj RR 0.98, CI 0.82–1.16).</i></p> <p><i>Nurses reported both themselves and women as being more comfortable with the self-completion checklist, as other studies have also shown [29]. The checklist allowed women experiencing DV to reflect whether or not they wished to disclose at this consultation or at all, and the nurse was not responsible for raising the issue, which both nurses and women may find confronting.</i></p> <p><i>The study's participatory development phase firmly identified that nurses wanted a later (three or four month) screening time focused on the mother and her needs, as a) there would be less likelihood of her partner attending; [...] they could establish trust prior to screening.</i></p>

Hintergrundtext zu der Handlungsempfehlung Nr.43

Belastungsfaktoren		
Mütterliche	Psychosoziale	Familiäre
<ol style="list-style-type: none"> 1. Missbrauchs- und Miss-handlungserfahrungen in der Gegenwart und/oder Kindheit der Mutter 2. junges Alter 3. postpartale Depression 4. mütterlicher Stress 5. sozioökonomische Nachteile 	<ol style="list-style-type: none"> 6. psychische Erkrankungen der Eltern (z.B. Depression) 7. (finanzieller) Stress im Familienalltag 8. Stress der Eltern 9. Substanzmissbrauch 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Gewalt in der Familie 11. Probleme in partnerschaftlicher Beziehung* 12. fehlende soziale Unterstützung, belastende Lebensereignisse der letzten Zeit <p><i>*Die Erhebung geschieht möglichst in Abwesenheit des_r Lebenspartners_in.</i></p>

Nr. 44 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Hinweisen auf Belastungen soll* in einem persönlichen Gespräch der konkrete Unterstützungs- und Hilfebedarf abgeklärt werden. Die Einschätzung zur Feststellung des Bedarfes erfordert Erfahrung und fachkundiges, einfühlsames Beurteilen der Umstände.

Quelle: Fisch et al. 2016, Dennis et al. 2013, Mejdoubi et al. 2015

LoE 1++ bis
2



Empfehlungsgrad
A*

Referenz

Textauszug

Dennis et al. 2013

LoE: 1++

The results suggest identifying mothers 'at-risk' may assist in the prevention of postpartum depression (average RR 0.66, 95%CI 0.50 to 0.88). However, currently there is no consistency in the identification of women 'at-risk' and a review of 16 antenatal screening tools suggests that there are no measures with acceptable predictive validity to accurately identify asymptomatic women who will later develop postpartum depression (Austin 2003).

Fisch et al. 2016

LoE: 2+

Familien, die im diagnostischen Interview als unterstützungsbedürftig eingestuft wurden, hatten fast alle auch im Screeningbogen einen auffälligen Wert von ≥ 3 , woraus sich eine hohe Sensitivität (d. h. der Anteil richtig Positiver) des Screeningbogens von fast 99% ergab. Familien ohne Unterstützungsbedarf hatten jedoch nur zu einem Drittel im Screeningbogen ein unauffälliges Ergebnis (<3), folglich war die Spezifität (d. h. der Anteil richtig Negativer) mit 33% gering.

Ein auffälliger Score im Babytse-Plus-Screeningbogen ging jedoch nicht zwangsläufig mit einem tatsächlichen Unterstützungsbedarf einher. Viele Familien wurden fälschlicherweise positiv getestet. (Diskussion)

Die Bearbeitung des Screeninginstruments durch geschultes Personal sollte stets unter Berücksichtigung der aktuellen Anamnese und weiterer Informationen (z. B. Mutterpass, Patientenakte, Übergabe von Kollegen) erfolgen, auch wenn diese Angaben nicht konsequent standardisiert und für die Bewerenden nicht immer verifizierbar waren. Zusätzlich stand gezielt für die subjektive Einschätzung (die Intuition) der den Bogen ausfüllenden Person ein eigenes Item auf dem Screeningbogen zur Verfügung. (Diskussion)

Mejdoubi et al. 2015

LoE: 1+

Women who met all five criteria were assigned to the second stage of the selection procedure in which VoorZorg nurses interviewed women to assess whether they had at least one of nine additional risk factors (i.e., being single, a history or present situation of domestic violence, psychosocial symptoms, unwanted pregnancy, financial problems, housing difficulties, no employment and/or education, or alcohol and/or drug abuse).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.44

Während des Gesprächs sollen die Individualität der Lebenssituationen und Ressourcen der Frau (und ihrer Familie) berücksichtigt werden. Die Gesprächsführung soll so erfolgen, dass die Frau den Erläuterungen folgen und diese nachvollziehen und verstehen kann. Wenn möglich sollte das Gespräch in der Muttersprache der Frau geführt werden. Dies kann einen Übersetzer erfordern, vorzugsweise sollte es

sich dabei **nicht** um ein Familienmitglied handeln (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018). Weitere Information über Diversitätssensibilität finden sich in Kapitel 2.5.4. Sollten Hinweise auf eine psychische Belastung erkannt worden sein, bietet das Kapitel [Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*](#) weiterführende Handlungsempfehlungen.

Nr. 45 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsens (90%)
<p>Bei erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf soll* der Frau/Familie entsprechende Unterstützung angeboten werden, die sowohl individuelle Problematiken/Bedürfnisse als auch Stärken der Frau/Familie berücksichtigt.</p> <p>Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen sind Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.</p>		
Quelle:	Easterbrook et al. 2013; Fergusson et al. 2013; Fraser et al. 2000; Green et al. 2014; McFarlane et al. 2013; Selph et al. 2013; Sharps et al. 2016	Empfehlungsgrad A*
LoE 1++ bis 1-		

Referenz

Textauszug

Easterbrooks et al. 2013

LoE 1+

Our study findings also revealed an association between maternal depression and child maltreatment, though the relation differed for mothers who received Home visits (HV) compared with mothers in the control group. For HV mothers who had clinical symptoms of depression, however, CPS reports and maternal depression increased in tandem, a finding that is consistent with a growing body of research revealing that children of depressed parents are at risk for experiencing insensitive, neglectful, and hostile caregiving [...].

Specifically, nonsymptomatic HV mothers were less likely to have children who were reported for maltreatment compared with HV mothers who endorsed clinical levels of depressive symptoms.

Our study findings also revealed an association between maternal depression and child maltreatment, though the relation differed for mothers who received HV compared with mothers in the control group. For HV mothers who had clinical symptoms of depression, however, CPS reports and maternal depression increased in tandem, a finding that is consistent with a growing body of research revealing that children of depressed parents are at risk for experiencing insensitive, neglectful, and hostile caregiving [...].

Specifically, nonsymptomatic HV mothers were less likely to have children who were reported for maltreatment compared with HV mothers who endorsed clinical levels of depressive symptoms.

Fergusson et al. 2013

LoE: 1+

The critical elements of this model include (1) assessment of family needs, issues, challenges, strengths, and resources; (2) development of a positive partnership between the family support worker and client; (3) collaborative problem solving to devise solutions to family challenges; (4) the provision of support, mentoring, and advice to assist client families to mobilize their strengths and resources; and (5) involvement with the family throughout the child's preschool years.

- First, significant benefits were observed for a number of child outcomes, including childhood hospital attendance for unintentional injury ($P < .05$), parentally reported harsh discipline ($P < .05$), punitive parenting ($P < .05$), parental competence ($P < .01$), and parentally reported child behavioral problems ($P < .05$). In all cases, tests of treatment \times time of measurement interaction suggested that these benefits were sustained over the 9-year follow-up. Effect sizes (Cohen's d) ranged from 0.13 to 0.29 with a median of 0.25.*
- In all cases, there were no significant differences (all P values $< .05$) between the Early Start [Early Start: intensive Hausbesuchs-Maßnahmen für Familien mit multiplen Benachteiligungen durchgeführt von Sozialarbeitern mit Zusatzqualifikationen in Krankenpflege, Lehrtätigkeiten und ähnlichen Disziplinen] and control groups for parental behavior and family outcomes, including maternal depression, parental substance use, intimate partner violence, adverse economic outcomes, and life stress.*
- Fraser et al. 2000
LoE: 1- *Thus, there was a relationship between intervention and reduction of EPDS scores over time for Primiparas, with first time mothers in the intervention group reporting significantly fewer symptoms of postnatal depression at 6 weeks than at baseline. This difference was not found for first time mothers in the comparison group, whose symptoms of postnatal depression did not reduce significantly at 6 weeks.*
- Green et al. 2014
LoE: 1- *Results also suggest some evidence of differential effectiveness for specific subgroups of families. First, consistent with Easterbrooks et al. (2013) and Mitchell-Herzfeld et al. (2005), this study found that the program impact on parenting behaviors was larger for non-depressed mothers. All three of these studies found that the moderating effect of depression was related to outcomes in the parenting domain, although the specific outcomes differed (e.g., parent-child interactions, harsh parenting, maltreatment reports). Taken together, the fact that several studies have found stronger impacts on parenting-related outcomes for non-depressed mothers suggests that developing specific strategies that home visitors could use to improve parenting outcomes among depressed mothers may be particularly important.*
- There was no significant difference between the two groups in their endorsement of corporal punishment as measured by the Adult Adolescent Parenting Inventory, (corporal punishment scale). [...]. There was no significant difference on the general distress subscale of the Parenting Stress Index, maternal depression or family functioning for Healthy Families Oregon intervention mothers vs. control mothers.*
- McFarlane et al. 2013
LoE: 1+ *Psychological abuse was common in control mothers across all relationship security subgroups; among anxious-avoidant mothers, home visiting increased its prevalence (AOR 2.79, $p < .01$). The prevalence of physical abuse was relatively low among control mothers in all but the anxious group. Among anxious-avoidant mothers, home visiting increased the odds of reported physical abuse (AOR 3.30, $p < .01$).*
- One important issue is whether and how effect sizes vary across subgroups of the families targeted for home visiting. If impacts vary across family subgroups, it suggests the need to refine home visiting models.*
- Selph et al. 2013
LoE 1+ *Efforts to improve the identification of abused and neglected children need to be coupled with the development and evaluation of effective interventions to which they can be referred once identified.*

Sharps et al. 2016
LoE 1+ *Our results showed a significant decrease in violence using the structured Intimate Partner Violence/Domestic Violence Enhanced Visitation Program intervention in a real-world clinical trial that integrated a perinatal intimate partner violence protocol of screening and intervening into several existing home visiting models.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.45

Fachkräfte sollen sich über die lokalen oder regionalen Angebote zu Frühen Hilfen, Unterstützungs- oder Hilfemaßnahmen durch Jugendämter oder Gesundheitswesen informieren. Fachkräfte sollen der Frau und/oder der Familie Informationen über die Anbieter geben und einen Kontakt mit einem entsprechenden Anbieter herstellen können. Ärzte_innen können die Frau oder die Familie auch an andere Ärzte_innen überweisen.

Nr. 46 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Frauen mit Hinweisen auf eine postpartale Depression soll* eine leitliniengerechte¹ Intervention angeboten werden.

¹Für weitere Informationen verweisen wir auf die S3-Leitlinie Unipolare Depression – Nationale Versorgungsleitlinie (Empfehlung: 103 NEU 2015 (A, LoE Ia: Metaanalyse [1440-1442])).

Quelle: Dennis et al. 2013
LoE 1++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Dennis et al. 2013
LoE: 1++

Textauszug

Psychosocial intervention vs. usual care: overall beneficial effect on decreasing risk of depressive symptomatology; Subgroup analysis: no statistically significant preventive effect on depressive symptomatology at final study assessment when the interventions were antenatal and postnatal classes, [...]; but beneficial effect when the intervention involved postpartum professional-based home visits and for postpartum lay-based telephone support (Gorman, Zlotnik 2001).

Psychological vs. usual care: average RR for depressive symptomatology at final assessment for psychological interventions was 0.61 (8 trials; n = 3405, 95% CI 0.39 to 0.96), the only time a statistically significant beneficial effect was found was at nine to 16 weeks; Subgroup analysis: not significant.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.46

Die deutsche Version der EPDS ist über die Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. verfügbar.

Sollten Hinweise auf eine psychische Belastung erkannt worden sein, bietet das Kapitel [Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*](#) weiterführende Handlungsempfehlungen.

Die [S3-Leitlinie „Unipolare Depression – Nationale Versorgungsleitlinie“](#) richtet sich an alle Berufsgruppen, die sich mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression befassen.

Nr. 47 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (86%)

Frauen sollten* durch Fachkräfte ab dem Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest bis 24 Monate nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld gefragt werden.

Bei Hinweisen auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch den Partner oder andere Personen im sozialen Umfeld der Frau sollte* ihnen der Zugang zu entsprechenden Hilfen ermöglicht werden.

Quelle: Sharps et al. 2016
LoE 1+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Sharps et al. 2016
LoE: 1+

Textauszug

Examining continuous CTS2 scores as the outcome demonstrated no significant treatment effects (main effect nor interaction), but a significant quadratic time effect ($F = 114.23$; $p < 0.001$; Fig. 2A). Post hoc pairwise comparisons with Bonferroni correction demonstrated significant differences in mean IPV scores over time from baseline to each of the 1, 3, 6, 12, 18, and 24 month postpartum time points (all $p < 0.001$). To examine whether the change from baseline differed by intervention group, IPV change from baseline was examined as an outcome new model. In this second model, results demonstrated a significant treatment effect ($F = 6.45$; $p < 0.01$; Fig. 2B) such that women in the DOVE intervention group reported a larger mean decrease in IPV scores from baseline with an estimated marginal mean decline of 40.82 compared to 35.87 for women in usual care.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.47

Die Durchführung der Befragung erfordert einen sensiblen Umgang mit dem Beziehungsumfeld bzw. dem Aspekt der häuslichen Gewalt. Trotz der Teilnahme an Schwangerschaftsterminen haben Frauen, die häuslichen Missbrauch erleben, oft keinen Zugang zu der Pflege und Unterstützung, die sie benötigen, es sei denn, der Arzt bietet ein Umfeld, in dem sich die Frau sicher fühlt und in dem sie ihre Situation offen diskutieren kann.

Die Fachkräfte sollten sich bewusst sein, dass einige Frauen sich die Zeit nehmen können, sich ihnen in Beziehungsfragen zu öffnen. Einige Frauen zögern vielleicht, sich zu öffnen, insbesondere in Anwesenheit des_der Partners_in oder des_der Gewalttäters_in.

4.3.8 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*

Der Themenblock bezieht sich auf die mögliche Einflussnahme und Gefährdung des Kindes durch eine psychische Belastung der Mutter während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit. Die Handlungsempfehlungen haben einen präventiven Charakter und weisen auf eine potenzielle Auswirkung auf das Kind hin.



Eltern-Kind-Interaktion

In einer Veröffentlichung der Konferenz über psychische Gesundheit der europäischen Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Januar 2005 in Helsinki wird unter anderem auf die Eltern-Kind-Interaktion wie folgt eingegangen:

„.... Beispielsweise hängt die psychosoziale und die kognitive Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern von der Interaktion zwischen Eltern und Kind ab. Maßnahmen, die diese Beziehungen verbessern können, und zwar durch den Kontakt zu den Diensten der Primärversorgung während der Phase um die Geburt und in der frühkindlichen Entwicklungsphase, können die emotionale, soziale, kognitive und körperliche Entwicklung von Kindern wesentlich fördern.“

(Weltgesundheitsorganisation 2006)

Psychische Belastung, Erkrankung oder Gesundheit

In der Literatur werden diverse Begrifflichkeiten und Definitionen, wie psychische Belastung, psychische Erkrankung, psychische Gesundheit, verwandt.

Unter einer psychischen Störung versteht man gemeinhin deutliche Abweichungen von gesellschaftlichen Normvorstellungen hinsichtlich des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens und Verhaltens einer Person. Diese sind typischerweise mit einem bedeutsamen Leiden verbunden und führen zu einer Einschränkung des beruflichen und/oder sozialen Funktionsniveaus des/r Betroffenen.

In der Leitlinie findet vorrangig der Begriff psychische Belastung Anwendung. Dieser Begriff wurde explizit gewählt, weil alleine das Vorliegen einer (zurückliegenden) Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht unbedingt Auskunft über die aktuelle Belastung der unmittelbar betroffenen Personen und des Umfeldes geben muss. Daraus folgt, dass nicht die gestellte Diagnose, sondern die individuelle Belastung relevant ist, um die Auswirkung auf den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen beurteilen zu können. Sollte die psychische Belastung die Interaktion zwischen Eltern und Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen und der Förderung der emotionalen, sozialen, kognitiven und körperlichen Entwicklung von Kindern entgegenstehen, so sind geeignete Maßnahmen zur Unterstützung einzuleiten oder es ist zu prüfen, ob es beispielsweise Ressourcen gibt, welche die negativen kompensieren können. In gewissen Konstellationen kann eine psychische Belastung der Mutter eine Kindeswohlgefährdung zur Folge haben ([siehe Abb. 3](#)).



Expertenmeinung:
*Psychische Erkrankung von Eltern**

Bei psychischer Erkrankung eines oder beider Eltern ist nicht die Diagnose entscheidend, sondern die Funktionalität und die Kompetenzen der Eltern hinsichtlich der Erziehungs- und Bindungsfähigkeit bzw. die Einschränkung derselben aufgrund der psychischen Erkrankung (Kölch und Ziegenhain 2015). Oftmals sind Wechselwirkungen hinsichtlich der psychischen Erkrankung von Eltern entscheidend: Einige Störungen führen dazu, dass eine genetische Vulnerabilität auch für Störungen der Kinder die Folge ist (Vostanis et al. 2006). Dies ist aber meist erst im höheren Lebensalter der Kinder der Fall (van Santvoort et al. 2015). Im frühen Kindesalter und Kindesalter sind es meist vielmehr die Einschränkungen elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen, die zu Problemen in der kindlichen Entwicklung und der Gefahr einer Kindeswohlgefährdung führen können. Zu den Kompetenzen zählen z.B. stabile, vorhersagbare und vertrauensvolle Bezugspersonen, die Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur durch Erziehung sowie die Eröffnung von Lernchancen (Wolff und van Ijzendoorn 1997).

In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil kann es gehäuft zu Partnerschaftsschwierigkeiten/-konflikten kommen, die oft auch über Jahre bestehen und damit anhaltend einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellen (Kahn et al. 2004). Besonders problematisch für die gesunde kindliche Entwicklung sind die Verletzung der Generationengrenzen (Parentifizierung oder Rollenumkehr) sowie die in diesen Familien im Vergleich zur Normpopulation gehäuft auftretenden psychosozialen Belastungen (wie Bildungsferne, niedriger sozioökonomischer Status, Alleinerziehenden-Status etc.) (Stadelmann et al. 2010). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil nehmen oft aus Angst vor Stigmatisierung, bis hin zur Sorge vor dem Verlust der Sorge für die Kinder, notwendige und verfügbare Hilfen nicht oder nur unzureichend in Anspruch (Hefti et al. 2016; Schmid, Schielke Becker et al. 2008). Eine wichtige Aufgabe des medizinischen Systems ist es, hier aufklärend und entängstigend gegenüber Hilfesystemen (wie dem SGB VIII) zu wirken. So kann auch ein Teufelskreis der Vermeidung von Behandlung und Hilfen vermieden werden.

Wichtige Aspekte bei der Prüfung, ob eine Kindeswohlgefährdung aus medizinischer Sicht vorliegt, sind es, auch Resilienzfaktoren wie Beziehungen des Kindes extrafamiliär, Ressourcen des erkrankten Partners etc. einzubeziehen, und die altersgemäße Entwicklung und die Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen.

Gerade Suchterkrankungen können in der frühen Kindheit fatale Folgen haben aufgrund der störungsimmanenten Gefahr der Unterversorgung der Kinder (u.a. (Canfield et al. 2017)). Im späteren Lebensalter zeigen sich hier eher Parentifizierungsaspekte bei den Kindern mit entsprechender (ungünstiger) Rollenumkehr. Insofern ist die altersadaptierte Analyse der Auswirkungen von psychischen Erkrankungen von Eltern auf die Kinder von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Einschätzung der allgemeinen Gefährdung des Kindeswohls, der Akuität, Chronizität und der notwendigen Maßnahmen.

Prof. Dr. med. Michael Kölch

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Epidemiologie

Laut WHO liegt die Inzidenz weltweit bei ca. 10% der Schwangeren und 13% der Frauen nach Entbindung, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (Weltgesundheitsorganisation 2015).

Prävalenzdaten zu psychischen Belastungen, die die Vollkriterien einer psychischen Erkrankung nicht erfüllen, liegen nicht vor, sind vermutlich jedoch höher.

Informationsaustausch

Um eine Erfassung bestehender Kontextfaktoren und deren kindzentrierte Bewertung als Ressourcen oder Belastungen vornehmen zu können, wurde der Informationsaustausch zwischen den behandelnden Ärzten_innen einer psychisch kranken Mutter (z.B. in Psychiatrie, Gynäkologie) untereinander und den behandelnden Ärzten_innen der Kinder (bis 3 Jahre) dieser Mütter empfohlen. Ziel des Austausches ist die Vermeidung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Der Themenblock befasst sich primär mit dem Austausch zwischen den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen und setzt in jedem Fall das Einverständnis der Frau voraus. Die aktiv am Informationsaustausch beteiligten Fachkräfte oder Gesundheitsdienstleistenden richten sich nach den Bedürfnissen der Frau.

Schwangerschaft

Für Psychiater_innen hat eine Schwangerschaft bei Patienten eine unmittelbare Relevanz bzgl. des Versorgungsauftrages und der Behandlung der Mutter. So hat die Schwangerschaft unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlung z. B. hinsichtlich der Medikation oder des Umstandes, dass die Patientin eine zusätzliche Verantwortung für das Ungeborene übernimmt und damit eine neue Rolle ausübt. Um medizinische Behandlungen oder durchgeführte Interventionen begleiten und überprüfen zu können, ist ein Austausch zwischen den medizinischen Fachdisziplinen indiziert. Eine Rückmeldung durch den_die Gynäkologen_in über nicht erfolgte Schwangerenvorsorgeuntersuchungen ist möglicherweise ein Indikator für die aktuelle psychische Verfassung der Schwangeren und kann erste Rückschlüsse auf die Überforderung auch hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung für das Kind zulassen (Schofield und Sisodia 2014). So haben bspw. besonders Frauen mit einer unbehandelten Depression ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt oder ein niedriges Geburtsgewicht des Neugeborenen (Jarde et al. 2016).

Geburt

Zur Entbindung kommen weitere Partner im Kinderschutz, wie die Mitarbeitenden der Geburtsklinik oder Kinder- und Jugendärzte_innen, hinzu. Die Frauenheilkunde als Disziplin, die eine mögliche Wechselwirkung von psychischer Belastung und möglicherweise zusätzlichen Belastungsfaktoren durch die Schwangerschaft rückmeldet, wird abgelöst durch die Kinderheilkunde. Der_Die Kinderarzt_ärztin kann einen möglichen Zusammenhang zwischen der kindlichen Entwicklung und der Ausübung der Mutterrolle und einem beeinflussten Bindungsverhalten beobachten und rückmelden.

Aus Sicht des Kindes ist die möglicherweise eingeschränkte Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes angemessen einzuschätzen und das Kind immer ausreichend versorgen zu können, relevant. In einer Kontrollstudie beschreiben bspw. Logsdon et al. (2015) negative Auswirkungen der mütterlichen bipolaren Störung auf die mütterliche Empfindsamkeit (maternal sensitivity) gegenüber dem Kind (Logsdon et al. 2015). Gleichfalls werden Auswirkungen auf die Entwicklung und das Verhalten des Säuglings und Kleinkindes beschrieben; negative Auswirkungen bestehen langfristig bei der neurologischen Entwicklung und dem Sozialverhalten (Suri et al. 2014; Kingston und Tough 2014) des Kindes.

Mögliche nachgeburtliche Interventionsmaßnahmen

Spezifische Therapiemöglichkeiten für die Frau in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren der Kinder, ohne Bezug zum Kind, wurden explizit nicht diskutiert. Zwei exemplarische Beispiele für je eine stationäre und eine ambulante Intervention sind:

- *Mutter-Kind-Einrichtungen*

Typische Interventionen zur Stabilisierung der Schwangeren und der Mütter auch unter dem Kinderschutzaspekt sind bspw. die stationäre Einweisung in eine Mutter-Kind-Station (Mother-baby-unit) oder die Aufnahme in einem Mutter-Kind-Heim.

Die Umsetzung der genannten Interventionen setzt bereits zuvor einen multidisziplinären Informationsaustausch und eine berufsgruppenübergreifende Bewertung z.B. mit der Jugendhilfe voraus. So wird die Unterbringung in einem Mutter-Kind-Heim in der Regel aus Mitteln der Jugendhilfe (SGB VIII) finanziert. In den Artikeln zu den Mutter-Kind-Stationen werden die Therapie und Stabilisierung der Mutter oder der Verbleib des Kindes bei der Mutter als Outcome beschrieben. Feststellung einer Kindeswohl-misshandlung, -vernachlässigung und/oder eines -missbrauchs oder der familiären Situation nach Intervention waren nicht Gegenstand der Untersuchungen. Konkrete Empfehlungen bzgl. der Kinder oder Interventionen wurden nicht formuliert, da keine vergleichenden Studien vorliegen, die z.B. Kinder nach Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Station mit Kindern, die in der Häuslichkeit bei ihren Eltern leben, vergleichen.

- *Familienhebammen*

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen, und zwar bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Sie gehen in die Familien und helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen. Unter anderem geben sie Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes – dabei werden alle Familienmitglieder mit eingebunden. Die Familienhebammen vermitteln bei Bedarf auch weitere Hilfen. Auf diese Weise sind sie für die Familien wichtige Lotsinnen durch die zahlreichen Angebote der Frühen Hilfen.

Evidenzlage

Bei der Literaturrecherche zu diesem Themenblock konnten keine Studien gefunden werden, die als Outcome die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung hatten. Studien zur Rolle der_ des Kinder- und Jugendärztin_arztes wurden auch nicht gefunden.

Wir haben Handlungsempfehlungen zu dem Themenkomplex Kinder von Müttern mit psychischen Erkrankungen bzw. den damit korrelierenden Belastungen formuliert, die auf schwacher Evidenz beruhen und auf zwei Leitlinien, einer Fallstudie und vier Expertenmeinungen basieren. Angesichts der schwachen Evidenz führten wir eine zweite erweiterte Suche mit einer höheren Trefferzahl durch. In einigen Artikeln zur psychischen Erkrankung der Mutter werden konkrete Aussagen zum Informationsaustausch zwischen den Fachdisziplinen getroffen und dieser wird final gefordert (Brockington et al. 2017; Brockington et al. 2011). Hierbei geht es jedoch hauptsächlich um die Bedürfnisse der Mutter und der kindzentrierte Ansatz bleibt unberücksichtigt. Davon ausgehend, dass von diesen mütterlichen Interventionen auch die Ungeborenen und Kinder profitieren, lassen sich diese Empfehlungen auch für die Kinderschutzleitlinie nutzen. Oder, auf den Punkt gebracht, gehen wir davon aus, dass auch das Kind an der Stabilisierung der Schwangeren und Mutter partizipiert und dies dem Kindeswohl dient.

Praxisbezug

Die Rolle des Gesundheitswesens im Kontext einer psychisch kranken Mutter wird in einem Beitrag zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2009 dargestellt: Dem Gesundheitswesen fällt in diesem Themenkomplex eine besondere Verantwortung zu, weil sich psychisch kranke Eltern eher hilfeschend an Gesundheitseinrichtungen wenden als an die Jugendhilfe. Die Hälfte der Eltern vermeidet aktiv den Kontakt zum Jugendamt (Kölch 2009).

Der in den Handlungsempfehlungen beschriebene Austausch zwischen den medizinischen Fachdisziplinen ist im derzeitigen Vergütungssystem nicht entsprechend abrechenbar. Auch muss sich in der Praxis erweisen, in welcher Form der fachliche Informationsaustausch und die Dokumentation zielführend erfolgen können. Das Einverständnis der Mutter und die umfassende Beratung über die Zielsetzung und die Möglichkeit, die Schweigepflichtsentbindung zurückzuziehen, sind von entscheidender Bedeutung. Es empfiehlt sich das Vorgehen nach § 4 KKG.



Expertenmeinung:

*Stigmatisierung psychisch kranker Schwangerer und Eltern**

Wenn Schwangere oder Elternteile psychische Belastungen erleben oder an einer psychischen Erkrankung leiden, besteht die Möglichkeit, dass sie im Zusammenhang mit der Schwanger- oder Elternschaft einer Unterstützung bedürfen. Ob Schwangere oder Elternteile dieser Unterstützung im Zusammenhang mit einer Schwanger- oder Elternschaft bedürfen oder ob sie im Zusammenhang mit der Fürsorge für Kinder keine professionelle Unterstützung brauchen, unterscheidet sich von Fall zu Fall.

Psychische Belastungen treten im Zusammenhang mit tiefgreifenden Veränderungen im Leben, wie eine Schwangerschaft sie darstellt, häufig auf und bedürfen nicht grundsätzlich professioneller Begleitung zusätzlich zu der in der Schwangerschaft üblichen Gesundheitsversorgung. Das ist z.B. dann der Fall, wenn schwangere Personen auf Ressourcen wie ein unterstützendes soziales Netzwerk zurückgreifen können. Die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen decken ihrerseits ein breites Spektrum hinsichtlich ihrer Schwere, ihrer Heilbarkeit und ihrer Symptome ab.

Die häufig getätigte Aussage, Kinder psychisch erkrankter Eltern würden insgesamt ein erhöhtes Risiko für eine Kindeswohlgefährdung im Vergleich zu Kindern der übrigen Bevölkerung aufweisen, ist in dieser verallgemeinerten Form nicht haltbar. Die der Aussage zugrunde liegenden Studien beziehen sich fast ausschließlich auf Eltern mit psychischen Erkrankungen, die die folgenden Merkmale aufweisen: Die Erkrankungen sind schwer ausgeprägt, bedürfen einer stationären Behandlung oder werden festgestellt, wenn sich die Elternteile bereits in sozialen Ausnahmesituationen befinden (z.B. Frauenhäuser) und/oder Kindern bereits nachweislich massiven Schaden zugefügt haben (z.B. Infantizid) (vgl. z.B. Grundlagen von Clemens et al. 2018). Die Bedingungen sind damit nicht verallgemeinerbar für die Lebenssituation von Schwangeren oder Elternteilen, die eine psychische Erkrankung haben: Bei psychischen Erkrankungen werden mehrheitlich ambulante Behandlungen in Anspruch genommen, bei leichteren Verläufen besteht bei manchen Erkrankungen die Möglichkeit, dass sie sich selbst wieder zurückbilden (Robert Koch-Institut 2017).

Zudem ist nicht anzunehmen, dass sich jede psychische Erkrankung auf die Fähigkeit zur Wahrnehmung elterlicher Pflichten auswirkt oder schwerer auswirkt als Stresssituationen bei psychisch gesunden Elternteilen. Bei bestimmten Diagnosen wie Transsexualität (F64.0), die als schwere Persönlichkeitsstörung bewertet wird, ist zudem zu berücksichtigen, dass das Diagnostizieren der Konstitution als psychische Erkrankung Weisungen des EU-Parlaments widerspricht (EuropeanEuropäisches Parlament 2011). Ebenso kritisch ist die Verallgemeinerung zu betrachten, frühere psychische Erkrankungen würden grundsätzlichen Aufschluss über das Risiko einer erneuten Erkrankung geben, die zu einem Bedarf professioneller Unterstützung im Zusammenhang mit der elterlichen Fürsorge führe.

Für bestimmte psychische Erkrankungen (Suchterkrankungen, Schizophrenie, schwere affektive Störungen, perinatale Depressionen, schwere Angststörungen) liegen deutliche Hinweise auf ein gesteigertes Risiko einer Kindeswohlgefährdung und/oder ein Rezidiv im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder belastenden Situationen vor. In diesen Fällen muss nach wie vor die Situation der schwangeren Person bzw. des Kindes und des Elternteils im Einzelfall berücksichtigt werden: Ein erhöhtes Risiko bedeutet nicht automatisch eine vorliegende Kindeswohlgefährdung. Auch in diesen

Fällen ist im Einzelfall abzuklären, welche Unterstützungsmöglichkeiten die schwangere Person bzw. das Elternteil bereits in Anspruch nimmt und ob (zusätzliche) professionelle Hilfe sinnvoll ist.

Gemäß Handlungsempfehlung Nr. 48 sollten Gesundheitsdienstleistende psychisch erkrankter oder belasteter Schwangerer oder Elternteile miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten sowie der betreffenden Person den Zugang zu Hilfen aufzeigen. Die Kommunikation zwischen einzelnen Gesundheitsdienstleistenden ist nur und ausschließlich dann möglich, wenn die schwangere Person oder das Elternteil die jeweiligen Gesundheitsdienstleistenden von der beruflichen Schweigepflicht entbunden hat. Eine rechtliche Ausnahme stellt die begründete Annahme dar, dass von der psychisch belasteten oder (Handlungsempfehlung Nr. 49) erkrankten Person eine Gefahr für sich oder andere Personen einschließlich ihrer Kinder ausgeht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht und die damit einhergehende Erlaubnis durch die Person, dass einzelne oder alle ihrer Gesundheitsdienstleistenden miteinander kommunizieren, müssen freiwillig erfolgen. Freiwilligkeit setzt voraus, dass die Entscheidung gegen eine Entbindung von der Schweigepflicht keine negativen Konsequenzen jenseits der ausbleibenden Kommunikation mit sich bringt. Es steht Behandelnden im Rahmen der berufsethischen Richtlinien frei, die Entbindung von der Schweigepflicht zur Bedingung einer (Weiter-)Behandlung zu machen.

Personen allerdings vor die Wahl zu stellen, die Entbindung von der Schweigepflicht zu unterzeichnen oder von den Gesundheitsdienstleistenden als einer Kindeswohlgefährdung verdächtig bei der Jugendhilfe gemeldet zu werden, entbehrt jeder Freiwilligkeit. Derartige Vorgehensweisen sind ethisch nicht vertretbar und stigmatisierend. Zusätzlich reduzieren sie die Motivation der Elternteile, sich Hilfe zu holen, wenn diese mit der Vergabe einer Diagnose einhergeht. Auch psychisch belastete oder (in einem früheren Zeitraum) psychisch erkrankte Personen haben als Patient_innen das Recht auf eine Wahrung ihrer Privatsphäre.

Eine Kindeswohlgefährdung ist dann anzunehmen, wenn die psychisch belastete oder (ehemals) erkrankte Person, ihr Kind oder andere Familienmitglieder Aussagen tätigen oder Verhaltensweisen zeigen, aus denen inhaltlich abzuleiten ist, dass die Person ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen kann (Vernachlässigung) oder ihr(e) Kind(er) misshandelt oder missbraucht. Die ausschließliche Verweigerung einer Schweigepflichtsentbindung entsprechend Handlungsempfehlung Nr. 48 durch psychisch belastete oder (ehemals) erkrankte Personen stellt keinen Indikator für eine Kindeswohlgefährdung dar, sondern kann auch aus anderen Gründen erfolgen.

Bisherige Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass Schwangere und Eltern mit psychischen Belastungen oder Erkrankungen Hilfsangebote gerne annehmen, sofern diese Angebote in einer der familiären Lebenssituation angemessenen Form zur Verfügung gestellt werden. Werden Hilfsangebote den Schwangeren oder Elternteilen in unangebrachter Form unterbreitet oder stehen nicht zur Verfügung, können sie nicht genutzt werden (Clemens et al. 2018). Beim Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten ist darauf zu achten, dass Schwangeren und Elternteilen transparent vermittelt wird, welche Möglichkeiten das Angebot beinhaltet. Ebenso deutlich muss allerdings vermittelt werden, welche Barrieren vor oder bei der Inanspruchnahme zu erwarten sind und welche Eingriffe in das elterliche Fürsorgerecht oder die häusliche Autonomie die freiwillige Entscheidung für das Angebot mit sich bringen kann.

Die Transparenz auch gegenüber als negativ wahrnehmbaren Aspekten von Hilfsangeboten (z.B. lange Wartezeiten für ambulante Psychotherapieplätze, Hausbesuche bei der Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes) ist unumgänglich: Werden Patient_innen bei einer Entscheidung für die Inanspruchnahme von diesen Aspekten überrascht, wird das Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsdienstleistenden und Patient_innen möglicherweise dauerhaft beeinträchtigt. Hingegen können bei einer vorherigen transparenten Darstellung schwieriger Aspekte Schwangere oder Elternteile ihre eigenen, möglicherweise unzutreffenden Befürchtungen offen ansprechen.

Es besteht die Möglichkeit, dass psychisch belastete oder (ehemals) psychisch erkrankte Schwangere oder Elternteile Hilfen nicht in Anspruch nehmen, deren Inanspruchnahme Gesundheitsdienstleistende erwarten (z.B. eine medikamentöse psychiatrische Behandlung oder eine Psychotherapie). In solchen Fällen sollte vor der Empfehlung, eine entsprechende Hilfe wahrzunehmen, abgefragt werden, ob Gründe zum derzeitigen Verzicht auf die Inanspruchnahme bestehen. Je nach regionaler Versorgungssituation, Informationsstand der Patient_innen oder negativen Vorerfahrungen besteht die

Möglichkeit, dass die bisher ausbleibende Inanspruchnahme extern begründet ist. Alternative Unterstützungsangebote (z.B. durch Fachberatungsstellen) sollten ebenfalls Teil der aufgezeigten Möglichkeiten sein. Wenn Patient_innen von negativen Vorerfahrungen berichten, ist eine sensible Reaktion sinnvoll. Die Entdeckung seitens der Schwangeren oder Elternteile, dass auch Gesundheitsdienstleistende ihre Vorerfahrungen ernst nehmen und nicht als Vorurteile abtun, erhöht die Chance, dass Empfehlungen alternativer Unterstützungsangebote angenommen werden.

Auch die Abfrage des psychischen Wohlbefindens schwangerer Personen oder Eltern von Kindern < 24 Monaten durch nicht psychiatrisch oder psychotherapeutisch vorgebildete Gesundheitsversorgende (Handlungsempfehlungen Nr. 49 & Nr. 51) bedarf der notwendigen Sensibilität. Auch professionell in der Gesundheitsversorgung tätige Personen, unter anderem Hausärzte/-innen (Reavley et al. 2014), teilen stigmatisierende Zuschreibungen an Personen mit psychischen Erkrankungen. Wie Reavley et al. zeigen konnten, beziehen sich diese Stigmatisierungen unter anderem auf eine vermeintliche Gefahr für andere, die von psychisch kranken Personen ausgeht. Ärzte_innen und Hebammen sollten sich daher eigener Wissensdefizite und Vorannahmen bewusst sein und sorgfältig prüfen, ob ihre Angebote gemäß Handlungsempfehlung Nr. 48 bei einer wahrgenommenen Belastung in einer Form erfolgen, die die Freiwilligkeit des Angebotes sichtbar macht.

Alex Stern
Betroffenenrat

Handlungsempfehlungen: Psychisch belastete Schwangere und Mütter

Nr. 48 KKP	Konsens (78%)
<p>Gesundheitsdienstleistende sollten* mit der psychisch kranken oder psychisch belasteten Schwangeren und nach Einwilligung der Frau miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten. Die Gesundheitsdienstleistenden sollten* miteinander kommunizieren und Zugang zu Hilfen aufzeigen, um Gesundheit und Wohlergehen für Frau und Kind zu fördern.</p>	
<p>Quelle: LoE 3 bis 4</p>	<p>Austin et al. 2017; Brockington et al. 2011; Brockington et al. 2017; NICE 2017; Schofield & Sisodia 2014</p>
Empfehlungsgrad B*	

Referenz	Textauszug
<p>Austin et al. 2017 AGREE II: 96%</p>	<p><i>For women with schizophrenia, bipolar disorder or borderline personality disorder, a multidisciplinary team approach to care in the perinatal period is essential, with clear communication, advance care planning, a written plan, and continuity of care across different clinical settings.</i></p>
<p>Brockington et al. 2011 LoE: 4</p>	<p><i>When a woman with severe mental illness becomes pregnant, communication between mental health and obstetric teams, and other relevant services, is essential. If distance and resources allow, a multidisciplinary pre-birth planning meeting should be convened as soon as possible, to share information and coordinate management. The reason for urgency is that the interval between the diagnosis of pregnancy (which may be delayed) and birth (which may be premature) can be short. The meeting should include the general medical practitioner, a representative from the obstetric team, members of the mental health team, and (if possible) the expectant mother herself. It is helpful to include the patient's husband (or father of the child) and a member of the wider family. There are many issues to be addressed: pharmaceutical treatment, antenatal care, early signs of a relapse, the management of the puerperium and the care of the infant. It is essential that the mental health team is alerted as soon as the mother goes into labour. She will need extra support in child rearing, and the child protection team may need to be involved. Referral to a specialist psychiatric service for pregnant and puerperal women may be feasible.</i></p>
<p>Brockington et al. 2017 LoE: 4</p>	<p><i>If a mother with a severe mental disorder becomes pregnant, a multi-disciplinary planning meeting should be convened as soon as possible, to share information and coordinate management. The reason for urgency is that the interval between diagnosis of pregnancy (which may be delayed) and birth (with may be premature) can be short. The meeting should include all those involved in treatment, which will vary from country to country: the full list includes the general practitioner, a representative of the obstetric and mental health teams, (if appropriate) a social worker and (if possible) the expectant mother and family members.</i></p>
<p>NICE 2017 AGREE II: 80%</p>	<p><i>1.3.5 Develop an integrated care plan for a woman with a mental health problem in pregnancy and the postnatal period that sets out:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>the care and treatment for the mental health problem</i>

- *the roles of all healthcare professionals, including who is responsible for:*
 - *coordinating the integrated care plan*
 - *the schedule of monitoring*
 - *providing the interventions and agreeing the outcomes with the woman.*

1.3.6 The healthcare professional responsible for coordinating the integrated care plan should ensure that:

- *everyone involved in a woman's care is aware of their responsibilities*
- *there is effective sharing of information with all services involved and with the woman herself*
- *mental health (including mental wellbeing) is taken into account as part of all care plans*
- *all interventions for mental health problems are delivered in a timely manner, taking into account the stage of the pregnancy or age of the baby*

1.5.2 All healthcare professionals referring a woman to a maternity service should ensure that communications with that service (including those relating to initial referral) share information on any past and present mental health problem

Schofield & Sisodia 2014 *Written communication as well as verbal communication needs to occur between obstetricians, midwives and psychiatrists for those women who are also seen in psychiatric services.*

LoE: 3

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.48

Ziel dieser Handlungsempfehlung ist die Aufforderung zur Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte bei geplanten und eingeleiteten Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Suchtbelastung der Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen. Das Einverständnis von betroffenen Sorgeberechtigten und Bezugspersonen für den Austausch und die Zusammenarbeit muss vorliegen.

Den Fokus auf das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu richten kann dabei eine Motivation für die betroffenen Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen sein, ihr Einverständnis für den Austausch und die Zusammenarbeit zu geben, als sogenanntes proaktives Einholen dieser Einwilligung.

Nr. 49 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (94%)

Alle Schwangeren und Mütter von Kindern < 24 Monate sollten* bei jedem Arztbesuch nach ihrem psychischen Wohlbefinden und ihrer psychischen Gesundheit gefragt werden.

Anschließend sollte* bei belasteten Schwangeren und Müttern von Kindern < 24 Monate entsprechend Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

Quelle: Austin et al. 2017, Kölch 2009, NICE 2017, Schofield & Sisodia 2014
LoE 2++ bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Austin et al. 2017
AGREE II: 96%

At every antenatal or postnatal visit, enquire about the woman's emotional wellbeing.

Whether or not referral is required, primary and maternity care professionals have an ongoing role in the psychosocial care of women in the perinatal period. Regular enquiry about emotional wellbeing provides a woman with opportunities for discussion about how she is managing and allows health professionals to determine whether repeat depression screening or other assessments are indicated.

Kölch 2009
LoE: 4

Die Identifikation von psychisch kranken Patienten mit Kindern ist dazu ein erster Schritt, als zweiter sollte möglichst frühzeitig eine Risikoabschätzung hinsichtlich der Belastung der Kinder erfolgen. Dies kann durch ein verstärktes Bewusstsein der ambulant tätigen Psychiater (wie auch der stationär tätigen) gelingen.

Eine Standardisierung in der Erhebung, etwa mittels leicht einsetzbarer Screenings (z.B. Fragebögen), besitzt eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt an die Problematik gedacht wird – über das individuelle Engagement des einzelnen Mitarbeiters hinaus. Screenings haben unter anderem zum Ziel zu identifizieren, ob Kinder vorhanden sind und ob diese Auffälligkeiten, Belastungen o.Ä. aufweisen und wenn ja, welcher Art. So können der individuelle Hilfebedarf und mögliche Interventionsnotwendigkeiten abgeschätzt werden.

NICE 2017
AGREE II: 80%

1.5.9 At a woman's first contact with services in pregnancy and the postnatal period, ask about:

- *any past or present severe mental illness*
- *past or present treatment by a specialist mental health service, including inpatient care*
- *any severe perinatal mental illness in a first-degree relative (mother, sister or daughter).*

Schofield & Sisodia 2014
LoE: 3

The first role of an obstetrician in relation to managing mental illness in pregnancy is to take an appropriate history and identify women with mental health difficulties.

The curriculum for the RCOG for maternal and fetal medicine states that all trainees in obstetrics need to develop clinical competencies in taking an appropriate history for women with psychiatric illness including past psychiatric history, drug history and risk factors. Identifying women with a past psychiatric history should also be done by midwives using the screening questions at the booking appointment. In addition, in the antenatal

clinic the obstetrician will need to illicit questions about past psychiatric history, when relevant focussing on past diagnosis, whether the patient has been managed in primary or secondary care, whether the patient is currently open to mental health services and any medication taken at any point during pregnancy. Women who lack insight into their pre-existing serious mental illness may not be concordant with medication, but will usually attend antenatal appointments, so the obstetrician is able to ensure appropriate liaison with psychiatric services occurs. Regarding risk factors, in addition to identifying risk to self and risk to others, risk to the baby needs to be considered.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.49



WHO-Definitionen

Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.

Psychische Störungen umfassen ein breites Spektrum von Problemen mit unterschiedlichen Symptomen. Sie sind jedoch im Allgemeinen durch eine Kombination von gestörten Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet. Zu den Beispielen zählen Depressionen, Angstzustände, Sozialverhaltensstörungen bei Kindern, bipolare Störungen und Schizophrenie. Viele dieser Störungen können erfolgreich behandelt werden.

Nr. 50 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Alle Psychiater_innen und Psychotherapeuten_innen sollten*:

- ihre weiblichen Patienten nach einer bestehenden Schwangerschaft
- alle Patienten nach ihrer Verantwortung für ein Kind fragen.

Besteht bei zutreffenden Patienten_innen eine Belastung, sollte* entsprechend der Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

Quelle: Austin 2003, Austin et al. 2017, Brockington et al. 2011

LoE 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Austin 2003

LoE: 4

Within mental health itself, a comprehensive approach to perinatal mental health care is the exception rather than the rule. The main obstacle is conceptual because many adult psychiatrists in particular continue to consider the mental health outcomes of their patients to be separate to that of the infant when they are, in fact, closely linked. Conversely, while the quality of mother–infant attachment is a key priority in the child and family psychiatry setting, women with serious mental illness tend to be referred back to the adult psychiatry setting where the infant perspective is lost.

Austin et al. 2017

AGREE II: 96%

w. When caring for mothers with severe mental illness, including borderline personality disorder, it is important to ensure that child protection risks are understood and addressed, if necessary.

Brockington et al. 2011

LoE: 4

Current practice in adult psychiatry falls far short of this requirement. The status, or even the existence, of children is often not noted. Psychiatrists must be aware that many patients are parents, and that their children are at increased risk of psychological problems. Clinicians must adapt the standard psychiatric history to include questions about parenting, marriage and family life. These must be included in mainstream training programmes for mental health professionals.

We suggest, as a preliminary probe, “Are you looking after a child?”, followed by “How are you managing as a parent?” or “Do you have any worries about the care you can provide for (name of child)?”. In those with childcare responsibilities, there should be a brief parenting assessment, as outlined in Table 1. This takes some time, but sets the stage for family support and interventions. Brief parenting assessment for patients with childcare responsibilities

A. Evidence that all the children’s needs are being met.

B. If there are problems, further exploration of:

1. *The quality of the relationship*
2. *Family violence*
3. *Disrupted schooling*
4. *Other problems, such as neglect of safety or health, overprotection or children taking on a parental role*
 - *Children’s emotional disorders or disturbed behaviour*
 - *Sources of alternative care.*

C. Available supports – the other parent, the extended family, school, neighbours, non-governmental agencies or health care services.

Nr. 51 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Frauenärzte_innen und Hebammen sollten* Schwangere und Wöchnerinnen nach

- vorheriger oder aktueller psychischer Erkrankung
- vorheriger oder aktueller ambulanter und/oder stationärer Behandlung durch einen Gesundheitsdienst, der auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist
- perinatalen psychischen Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades fragen.

Besteht bei zutreffenden Patientinnen eine Belastung, sollte* entsprechend der Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

Quelle: Austin et al. 2017; NICE 2017; Schofield & Sisodia 2014

LoE 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Austin et al. 2017

AGREE II: 96%

Textauszug

i. At every antenatal or postnatal visit, enquire about the woman's emotional wellbeing.

Whether or not referral is required, primary and maternity care professionals have an ongoing role in the psychosocial care of women in the perinatal period. Regular enquiry about emotional wellbeing provides a woman with opportunities for discussion about how she is managing and allows health professionals to determine whether repeat depression screening or other assessments are indicated.

NICE 2017

AGREE II: 80%

1.5.9 At a woman's first contact with services in pregnancy and the postnatal period, ask about:

- *any past or present severe mental illness*
- *past or present treatment by a specialist mental health service, including inpatient care*
- *any severe perinatal mental illness in a first-degree relative (mother, sister or daughter).*

Schofield & Sisodia
2014

LoE: 3

The first role of an obstetrician in relation to managing mental illness in pregnancy is to take an appropriate history and identify women with mental health difficulties.

The curriculum for the RCOG for maternal and fetal medicine states that all trainees in obstetrics need to develop clinical competencies in taking an appropriate history for women with psychiatric illness including past psychiatric history, drug history and risk factors. Identifying women with a past psychiatric history should also be done by midwives using the screening questions at the booking appointment. In addition, in the antenatal clinic the obstetrician will need to illicit questions about past psychiatric history, when relevant focussing on past diagnosis, whether the patient has been managed in primary or secondary care, whether the patient is currently open to mental health services and any medication taken at any point during pregnancy. Women who lack insight into their pre-existing serious mental illness may not be concordant with medication, but will

usually attend antenatal appointments, so the obstetrician is able to ensure appropriate liaison with psychiatric services occurs. Regarding risk factors, in addition to identifying risk to self and risk to others, risk to the baby needs to be considered.



Praxistipp zur Freiwilligkeit & Stigmatisierung

Den Schwangeren und Wöchnerinnen ist zu Beginn des Gesprächs zu vermitteln, dass die Angaben freiwillig erhoben werden. Dem Verdacht einer Stigmatisierung ist unbedingt entgegenzuwirken. Ziel ist es, den Zugang zu Hilfsangeboten im Bedarfsfall zu erleichtern.

Ein anerkanntes Instrument zur Feststellung einer psychischen Belastung ist die Edinburgh Postnatal Depression-Skala (EPDS). Eine deutsche Übersetzung ist über [Marcé-Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.](#) kostenlos und frei verfügbar.

Nr. 52 KKP

Starker Konsens (100%)

Das Kind (einer) psychisch belasteter Personensorgeberechtigter/Bezugsperson sollte* bei allen die Personensorgeberechtigten/Bezugsperson betreffenden Maßnahmen (Assessment, Versorgung, Behandlung) berücksichtigt werden.

Quelle: Austin 2017

AGREE

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Austin 2017
AGREE II: 96%

Textauszug

Wherever possible, assessment, care and treatment of the mother should include the baby. (Practice Point ohne Evidenz)

4.3.9 Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*

Dieser Themenblock beschäftigt sich mit Kindern und Jugendlichen von suchtbelasteten Eltern*, wobei mit Eltern sowohl Personensorgeberechtigte als auch Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen gemeint sind.

Die WHO definiert Abhängigkeit als „... einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird. Durch zunehmende Gewöhnung an das Suchtmittel besteht die Tendenz, die Dosis zu steigern. Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden.“ Abhängigkeit wird heute als Krankheit angesehen. Im Jahr 1964 ersetzte die WHO den Begriff Sucht durch den Begriff Abhängigkeit. Im deutschen Sprachgebrauch werden Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Alkoholkrankung häufig synonym verwendet (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003).

Epidemiologie

In der Veröffentlichung des Deutschen Ärzteblattes von 2014 ergab die Zahl der Alkoholabhängigen rund 1,8 Millionen Personen (Deutscher Ärzteverlag GmbH und Ärzteblatt). Weitere 1,6 Millionen Erwachsene weisen Alkoholmissbrauch auf, gelten aber nach den offiziellen Kriterien nicht als abhängig. Insgesamt 7,4 Millionen Bundesbürger trinken mehr als die von Experten empfohlene Höchstmenge. Damit ist nur eine höhere Abhängigkeit bei 5,6 Millionen Erwachsenen für Tabak festzustellen.

Laut der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde 2017 Folgendes veröffentlicht: Werden die offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eine Alkoholabhängigkeit zugrunde gelegt, lebt in Deutschland etwa jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammen, der eine alkoholbezogene Störung aufweist. Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens mit einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zusammengelebt haben (Moesgen und Klein 2010).

Auswirkungen für Kinder und Jugendliche

In der Literatur wird betont, dass eine Abhängigkeit das gesamte Familiensystem erfasst. Alle Personen aus dem nahen Umfeld sind mehr oder weniger betroffen. Kinder suchtbelasteter Eltern erleben eine gravierende Beeinträchtigung und Gefährdung ihrer persönlichen Entwicklung.

Laut Veröffentlichung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (Fullerton et al. 2017) stellen Familien mit einer Suchtproblematik zwar nur eine kleine Minderheit dar, jedoch sind sie eine Hochrisikogruppe für ungünstige Bedingungen des Aufwachsens bis hin zu einer Gefährdung des Kindeswohls.



Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern

- 2,5% der Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren zeigen Hinweise einer Suchtproblematik.
- Anzeichen einer Suchterkrankung hängen häufig mit anderen Belastungsfaktoren wie z.B. ungeplanter Schwangerschaft, Depression oder hohem Armutsrisiko zusammen.
- Eltern mit Anzeichen einer Suchterkrankung berichten von Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung. Eine Suchterkrankung der Eltern steht in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Vernachlässigung und Gewalt gegenüber dem Kind.
- Weil Suchterkrankungen die Entwicklung des Kindes und die Eltern-Kind-Beziehung stark beeinträchtigen können, besteht Handlungsbedarf für Frühe Hilfen, um den Eltern frühzeitig Unterstützungsangebote anzubieten oder spezifischere therapeutische Hilfe zu vermitteln.

(Fullerton et al. 2017)

Komorbiditäten

Im Folgenden sind dazu exemplarische Studien aufgeführt, die eine Komorbidität bei suchtblasteten Eltern darstellen.

Dawe et al. (2008) berichten in einem Review, Familien mit elterlichem Drogenmissbrauch würden eine hohe Rate an Kindesmisshandlung und -vernachlässigung aufweisen. Das erhöhte Risiko dieser Kinder begründet sich häufig durch die Kombination des elterlichen Drogenmissbrauchs mit anderen damit zusammenhängenden Problemen (z.B. finanzielle Not, soziale Isolation der Familie, Kontakt zum kriminellen Milieu beim Konsum illegaler Drogen).

Die retrospektive Studie von Kepple (2018) untersuchte 2100 Eltern von Kindern im Alter von 2 bis 17 Jahren und zeigt, dass die Häufigkeit von körperlicher oder emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung bei Eltern mit Substanzabusus höher ist als bei Eltern ohne Substanzabusus.

In der amerikanischen Studie von Mullins et al. (2005) nahmen 142 drogenkonsumierende Mütter von zumeist Neugeborenen an einem auf sie und ihre Familien abgestimmten Programm teil. Die Kinderschutzmeldungen ergingen in der Mehrheit der Fälle aufgrund des Drogenkonsums (59%) oder einer Vernachlässigung (23%) oder wegen körperlicher Misshandlung (8%). Ziel des Programmes war einerseits die Behandlung der Drogenabhängigkeit und andererseits, Kindesmisshandlungen zu verringern. Bei 62% der Teilnehmerinnen wurde partnerschaftliche Gewalt festgestellt. Nach dem einjährigen Follow-up wurde deutlich, dass sich die protektive Wirkung des Programms nicht in der bloßen Teilnahme der Familien begründete, sondern maßgeblich von der Länge und Intensität der Beteiligung abhängig.

In der retrospektiven Studie von Haack et al. (2005) bestätigte das Gericht bei 99% der 85 Kinder eine Vernachlässigung, wobei neben der Suchterkrankung (88%) der Eltern außerdem in 80% der Familien häusliche Gewalt ausgeübt wurde.

Einschätzung des Wohles von Kindern und Jugendlichen

[Kontextfaktoren](#) helfen bei der Einschätzung des Wohles von Kindern und Jugendlichen. Zu den Umweltfaktoren mit negativem Einfluss gehören:

- Häusliche Gewalt
- Suchterkrankungen der Eltern
- Psychische Belastungen der Eltern.

Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche

Im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung verabschiedete die Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ im Dezember 2003 in Berlin folgende zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien.



Zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien

- Kinder aus suchtbelasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen.
- Den Kindern muss vermittelt werden, dass sie keine Schuld an der Suchterkrankung der Eltern tragen. Sie brauchen eine altersgemäße Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und bestehende Hilfeangebote.
- Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen müssen verbindlich zusammenarbeiten. Das Ziel ist es, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten.
- Die Öffentlichkeit muss über die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien informiert werden. Eine sensibilisierte Öffentlichkeit erleichtert es Eltern, die Sucht als Krankheit anzunehmen. So wird den Kindern der Weg geebnet, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
- Das Schweigen über Suchterkrankungen muss beendet werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem betroffene Eltern und Kinder Scham- und Schuldgefühle leichter überwinden und Hilfe annehmen können. Kinder leiden unter Familiengeheimnissen.
- Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtkranke Eltern brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung. Das Wohl der Kinder muss bei diesen Bemühungen im Mittelpunkt stehen.
- Die familienorientierte Sichtweise erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Sie muss Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.
- Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfeangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen der Eltern erforderlich werden. Schule und Kindertagesstätte sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Sie müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.
- Das Wissen über die Entstehung von Suchterkrankung sowie die Auswirkungen auf Kinder und Familien muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Berufsgruppen aufgenommen werden. So wird das Bewusstsein der Problematik in den jeweiligen Fachdisziplinen frühzeitig gefordert und langfristig eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung gefördert.

(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2003)

Kooperation der Hilfe- und Unterstützungssysteme

Ein Themenschwerpunkt in der Literatur sind zum einen Schwierigkeiten und Veränderungen in der Zusammenarbeit der zuständigen Systeme, wie Suchthilfe, Jugendhilfe und medizinische Einrichtungen, zum anderen auch Schwierigkeiten, inwieweit adäquate Hilfen vermittelt werden können.

Ein Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe 2010) formulierte Impulse für (präventive) Hilfen und systemübergreifende Vernetzungen, um die Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie und anderen medizinischen Diensten, zu stärken.

Evidenzlage

Die Studienpopulationen von vier Studien waren Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre mit suchtblasteten Eltern. Die Teilnehmer fünf weiterer Studien waren suchtkranke Eltern von Kleinkindern und an einer Studie nahmen Väter mit Substanzmissbrauch teil. Bei drei anderen Studien waren die Teilnehmer Fachkräfte, die Familien mit Suchtbelastung betreuten.

Die Studiendesigns der eingeschlossenen Studien sind vielfältig und umfassen ein systematisches Review, drei kontrollierte Studien (RCT, Pilot RCT, Quasi-Experiment), vier Beobachtungsstudien (Case-Control Study, Kohortenstudie, Studien mit Prä- und Posttest), drei qualitative Studien (Interviews, Fokus-Gruppen, Metasynthese) und ein narratives Review. Das Outcome der Studien berücksichtigte zum einen eine erfolgreiche Betreuung und Therapie der Eltern und auch ein kindzentriertes Outcome wie eine Beendigung einer Kindeswohlgefährdung durch Einleitung von Schutzmaßnahmen oder auch eine Rückführung von Kindern und Jugendlichen aus der Fremdunterbringung in das Familiensystem. Nur wenige Studien berücksichtigten in ihrem Outcome bspw. die Entwicklung oder das Verhalten des Kindes, nachdem eine Intervention (wie z.B. Fremdunterbringung oder Familientherapie) aufgrund der Suchterkrankung der Eltern erfolgte, oder auch, wie sich die Suchterkrankung auf das Kind auswirkt.

- Eine strukturierte und versorgungsbereichsübergreifende Begleitung der gesamten Familie und ein regelmäßiger Austausch aller Beteiligten erhöhen die Wahrscheinlichkeit für ein Gelingen einer erfolgreichen Therapie und Stabilisierung des Familiensystems.
- Sowohl Kinder und Jugendliche als auch suchtblastete Erwachsene fühlen sich von Fachkräften häufig wenig oder auch nicht gut angesprochen. Suchtblastete Mütter führen dies als eine Hürde bei der Annahme von Hilfen und einer erfolgreichen Therapie an.
- Fachkräften ist bewusst, dass Kinder und Jugendliche suchtblasteter Eltern mit ihren Sorgen alleine sind und bei fehlender Intervention Rollen annehmen, die nicht altersentsprechend sind.

Handlungsempfehlungen: Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*

Nr. 53 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen sollte* Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrem eigenen Wohlbefinden zu äußern; dabei sollte* die Thematik Suchterkrankung offen angesprochen werden.</p>	
<p>Quelle: Kroll et al. 2004; Simons et al. 2008; Staton-Tindall et al. 2013 LoE 2++ bis 3</p>	 Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Kroll et al. 2004

LoE: 3

Although parental substance misuse is now a focus of concern in child welfare practice, we know little about what it is really like for children who grow up in families where adult drug and/or alcohol use is an issue. Set against a backdrop of research links between parental substance misuse and child maltreatment, this article examines a number of studies that focus on the experiences of children and young people in this context. Emerging themes are identified which provide insight into the world of children for whom a substance is, effectively, a family member – ‘the elephant in the living room’ – and the implications for practice, particularly in relation to children’s visibility, disclosure and confidentiality, are considered. It is argued that a focus on the ‘elephant’ often leads to children remaining ‘invisible’ to those whose role it is to ensure their welfare.

Simons et al. 2008

LoE: 3

Program completers [children] were more likely to be identified with communication and behavioral disorders and to receive either medication, partial hospital, or wrap around—early periodic screening diagnosis and treatment services (i.e., onsite therapeutic support staff and mobile therapists) compared to non-completers. They had higher rates of receiving early intervention services and to reunify with their mothers. The children of program completers were also more likely to have their mothers and less likely to have their fathers, grandparents or child protective services as legal guardians.

Staton-Tindall et al. 2013

LoE: 2++

Consistent with the search terms used for this review, the majority of the 23 articles (65%, n = 15) identified had dependent variables specific to child maltreatment. Caregiver substance misuse was strongly related to findings at the systems level with a number of studies focusing on the number of referrals and rereferrals to Child Protective Service (CPS) for families with a substance-using caregiver compared to other families (Barth et al. 2006; McGlade, Ware & Crawford 2009; Yampolskaya & Banks 2006). Consistently, having a substance-using caregiver was associated with a higher rate of referral to CPS, having a higher rate of rereferrals to CPS, and having a higher rate of substantiated cases within the system.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.53

Ziel dieser Handlungsempfehlung ist die Partizipation von Kindern und Jugendlichen. Es sollte Ihnen die Möglichkeit gegeben werden, dass ihnen „erst mal“ zugehört wird.



Tipps für Fachkräfte im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen

- Nehmen Sie Kinder und Jugendliche ernst und glauben Sie ihren Äußerungen.
- Zeigen Sie Kindern und Jugendlichen, dass Sie ihre Äußerungen verstehen, und hören Sie aufmerksam zu. Lassen Sie Kindern und Jugendlichen Zeit beim Sprechen und unterbrechen Sie sie nicht.
- Lassen Sie Kinder und Jugendliche ihre eigenen Worte verwenden.
- Ermuntern Sie Kinder und Jugendliche, dass es richtig ist, darüber zu sprechen.
- Sagen Sie Kindern und Jugendlichen, dass sie nicht schuld sind.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht richtig verstanden haben, und lassen Sie es sich von dem Kind erklären.
- Versprechen Sie nichts, was Sie nicht halten können.
- Sagen Sie Kindern oder Jugendlichen, was Sie als Nächstes tun wollen.



Expertenmeinung

Gesprächseröffnung mit Kindern und Jugendlichen zum Thema (sucht-)belastete Eltern

Suchterkrankungen werden von den Betroffenen oft bagatellisiert und dissimuliert. Partner von Suchterkrankten finden oft keinen Weg, das Suchtverhalten zu thematisieren und den Betroffenen zur Behandlung oder Abstinenz zu motivieren. In Familien mit einem suchterkrankten Elternteil herrscht oft ein Klima des Schweigens über die Erkrankung.

Kinder und Jugendliche erleben die Suchterkrankung als belastend. Kinder und Jugendliche sorgen sich um den erkrankten Elternteil, versorgen diesen bisweilen auch. Insbesondere wenn kein Austausch mit dem nicht erkrankten Elternteil über die Erkrankung stattfindet, können die Kinder extrem belastet sein. Insofern ist es wichtig, dass auch Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben wird, über ihr Erleben und ihre Gefühle bezüglich der Erkrankung des Elternteils und der Auswirkungen auf sie zu sprechen. Das Ansprechen der Thematik kann entlastend wirken, da Kinder oft mit niemandem darüber sprechen können und Schamgefühle bezüglich der familiären Situation haben. Diesbezüglich ist im Gespräch auch zu beachten, dass es bei Kindern und Jugendlichen aufgrund des Schamgefühls auch zur Dissimulation bezüglich der Situation und eigenen Belastung kommen kann.

Prof. Dr. med. Michael Kölch

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.

Nr. 54 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei gesicherter Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten¹ sollen* Fachkräfte, Kinder und Jugendliche und/oder die suchtkranke Person begleiten, mögliche Anhaltspunkte wie Risikofaktoren (z.B. Häusliche Gewalt, Delinquenz, Armut oder fehlende elterliche Sorge) und/oder Komorbiditäten (z.B. weitere psychische Erkrankungen) erfassen, dokumentieren und bewerten.

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden. (KKP)

¹Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt der Kinder und Jugendlichen lebt.

Quelle: Lawson et al. 2001; Simons et al. 2008; Vanderploeg et al. 2007

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Lawson et al. 2001
LoE: 3

Sixty-three pregnant and parenting substance abusing women were tested using the Child Abuse Potential Inventory (CAP) at approximately 3-month intervals from intake into treatment through post discharge follow-up. Growth curve analysis revealed an improvement in CAP scores from time 1 to Time 2, but the improvement was not sustained. When participants were in the initial phases of substance abuse treatment and receiving considerable support, their CAP scores dropped from the elevated range into the normal range. However, as they progressed through and left the program, their CAP scores gradually rose. The results of the study argue for continuing substance abuse treatment until child abuse potential stabilizes to within the normal range.

Simons et al. 2008
LoE: 3

Approximately all (95%) of the women reported experiencing the following abuses in their childhoods: physical abuse (31%), sexual abuse (31%), and physical neglect (33%). Of these women, at least half of them also reported having been either emotionally abused (50%) or emotionally neglected (56%).

Women with mental health problems who have a history of childhood emotional neglect were less likely to remain in treatment at 185 days.

Vanderploeg et al. 2007
LoE: 3

The present study examines demographic characteristics and placement experiences of children removed from their homes because of parental AOD use (n = 1,333), first in comparison to the remaining sample of children in foster care (n = 4,554), then in comparison to a matched comparison group of children in foster care who were removed for other reasons (n = 1,333). Relative to the comparison sample, children removed for parental AOD use are less likely to experience co-occurring removal because of neglect and physical or sexual abuse and are more likely to be placed in relative foster care. In addition, these children remain in care longer, experience similar rates of reunification, and have significantly higher rates of adoption.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.54

Ziel dieser Handlungsempfehlung ist die Einschätzung des Wohles von Kindern und Jugendlichen und bei möglicher Gefährdung des Kindeswohles nach KKG vorzugehen. Siehe auch das Kapitel 2 Grundlagen für Fachkräfte.

Nr. 55 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Personensorgeberechtigten¹ sollten* geplante und eingeleitete Maßnahmen mit den Familien und allen Fallbeteiligten besprochen werden, um durch adäquate Hilfemaßnahmen für Kinder und Jugendliche, den_ die Suchtkranke_n und die Familie eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu vermeiden oder zu beenden.

Dies betrifft Absprachen zu (Verlaufs-)Ergebnissen von:

- Einschätzungen des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen, Suchtkranken und der gesamten Familie
- Bewertung des Wohles von Kindern und Jugendlichen bzw. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung
 - Therapien der Kinder und Jugendlichen und/oder Personensorgeberechtigten¹ (inklusive Barrieren und Motivatoren)
 - Gerichtsverfahren (z.B. Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht)
 - entsprechend eingeleitete Maßnahmen.

¹ Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt von Kindern und Jugendlichen lebt.

Quelle: Bruns et al. 2012; Green et al. 2008; Hines et al. 2008;
LoE 1+ bis 4 Kroll et al. 2004; Ryan et al. 2006; Smith et al. 2006;
Stover et al. 2015; Wilson et al. 2008



Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Bruns et al. 2012

LoE: 2+

Family treatment drug courts (FTDCs) are an increasingly common approach for serving families involved in child welfare due to parental substance abuse; however, the evidence base for FTDCs remains emergent.

Data were obtained from the Superior court, FTDC, child welfare, and public substance use treatment service administrative databases. The follow-up window for participants ranged from 1 to 3 years. Results showed FTDC parents had significantly more review and motion hearings, were significantly more likely to enter treatment, entered treatment faster, received more treatment, and were more likely to successfully complete treatment. FTDC children spent significantly less time placed out of home, ended child welfare system involvement sooner, were more likely to be permanently placed and discharged from child welfare, and were more likely to return to parental care. Results demonstrate that FTDCs promote positive treatment and child welfare outcomes without deepening participants' involvement in justice systems.

Green et al. 2008

LoE: 3

This paper presents the results from qualitative interviews with 104 representatives of these three systems (child welfare, treatment providers and the court systems) that explore how the collaborative process works to benefit families, as well as the barriers and supports for building successful collaborations. Results indicate that collaboration has at least three major functions: building shared value systems, improving communication, and providing a "team" of support.

- Hines et al. 2008
LoE: 3
- Evidence suggests that social marketing of substance abuse services that emphasize comprehensive services provided by caring non-judgmental staff is central to motivating women to enter treatment. Positive client and staff interactions are significant to retaining women in treatment. Culturally competent staff can motivate women who are considering treatment. Gender specific substance abuse services are recommended.*
- Kroll et al. 2008
LoE: 3
- All the studies reviewed here identified parental conflict, fighting and arguing as a major source of stress and anxiety. By the same token, the level of family support available profoundly affected both childhood experiences and adult adjustment (Newcomb & Rickards 1995).*
- Ryan et al. 2006
LoE: 1+
- The findings indicate that the families assigned to the experimental group used substance abuse services at a significantly higher rate and were more likely to achieve family reunification than were families in the control group.*
- Smith et al. 2006
LoE: 3
- This article presents the results of a qualitative study that examined the experiences of women who were deemed “unfit” to care for their children. The voices of these mothers call attention to the difficult process of recovery from addiction while trying to regain custody of one’s children. A strengths-based empowerment approach is emphasized in work with these women, beginning with a redefinition of the label “unfit.”*
- A beginning experience in which empathy is displayed and a strengths perspective is used is strongly recommended for these mothers as they enter the system. In addition, treatment for these mothers and children needs more of a family-focused lens that treats the connection and bond of the family with ongoing nurturance, consideration, and respect.*
- These mothers at risk have asked to be heard with respect to their addiction and their struggle to remain clean and sober. They have also asked for understanding of the shame, guilt, and loss they have experienced. Furthermore they criticized the lack of communication between the service providers.*
- Stover et al. 2015
LoE: 1-
- Specifically, men who received Fathers for Change showed significantly less intrusiveness during free-play interactions. There was also a trend approaching significance indicating greater consistency of style post-intervention than was seen among men who received IDC. Fathers who received the intervention allowed more child-led activities by less frequently disrupting or redirecting the child’s activities or attention (i.e., lacking abrupt changes in affect, tone of voice, level of activity, or parent’s interest in the child activity) following the intervention, whereas fathers in the IDC condition did not improve in this area.*
- Wilson et al. 2008
LoE: 2+
- Most preferred interventions for the alcohol-positive group were for the pediatrician to initiate additional discussion about drinking and its effect on their child, give educational materials about alcoholism, and refer for evaluation and treatment. Alcohol-positive men were more accepting than alcohol-positive women of having no intervention.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.55

Ziel dieser Handlungsempfehlung ist die Aufforderung zur Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte bei geplanten und eingeleiteten Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund einer Suchtbelastung der Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen. Das Einverständnis von betroffenen Sorgeberechtigten und Bezugspersonen für den Austausch und die Zusammenarbeit muss vorliegen.

Den Fokus auf das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu richten kann dabei eine Motivation für die betroffenen Personensorgeberechtigten oder Bezugspersonen sein, ihr Einverständnis für den Austausch und die Zusammenarbeit zu geben, als sogenanntes proaktives Einholen dieses Einverständnisses.

4.3.10 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme

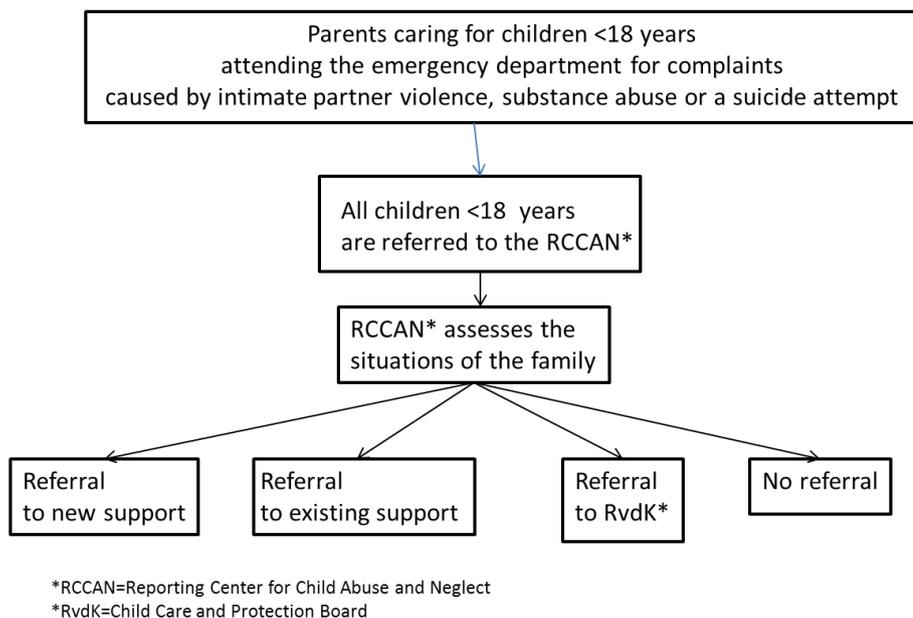
Das Screening in Notaufnahmen von Erwachsenen im Vergleich zum Screening von Kindern und Jugendlichen ergab einen deutlich höheren positiven Vorhersagewert für das Screening von Erwachsenen.

Die Evidenz bezieht sich auf Studien aus den Niederlanden, bei denen sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene von medizinischem Personal in einer Notaufnahme befragt wurden. Die Vorstellungsgründe bei den Kindern und Jugendlichen waren Verletzungen und bei den Erwachsenen waren es akut belastete Situationen, die eine medizinische Versorgung notwendig machten. Die Abklärung einer Kindeswohlgefährdung bei den positiv gescreeenten Patienten erfolgte im Anschluss multiprofessionell. In niederländischen Notaufnahmen ist seit 2007 ein Screening zur Detektion von Kindeswohlgefährdung (z.B. Haguer protocol oder SPUTOVAMO) eingeführt worden.

Das RCCAN ist in den Niederlanden als Organisation zur Beratung und Prüfung bei Verdachtsmomenten von Kindeswohlgefährdung vorgesehen und arbeitet sowohl mit Kindern und Eltern als auch mit Fachkräften und Bürgern zusammen.

Wenn es sich um schwere Fälle handelt oder die Eltern die Zusammenarbeit ablehnen, werden die Fälle direkt an das Kinder – und Jugendschutzamt (Raad voor de Kinderbescherming, RvdK) weitergeleitet. Eine Meldepflicht für Kindermishandeling gibt es in den Niederlanden nicht.

Abb. 15 Screeningbeispiel: Hague protocol (Hoytema van Konijnenburg et al. 2016)



Anmerkungen:

In den Niederlanden ist dieses Screening verpflichtend eingeführt. In Deutschland existiert dies nicht; die Patientenversorgung in „Notaufnahme“ der Niederlande ist mit der in Deutschland vergleichbar.

Erwachsenen mit einer schweren Intoxikation, einer schweren Krise aufgrund einer psychischen Erkrankung oder eines Suizidversuches werden in der Regel im Krankenhaus versorgt und zur Therapie und Beobachtung stationär aufgenommen.

Die Vorstellung von Erwachsenen kann als Eigenvorstellung oder auch als Vorstellung durch den Rettungsdienst oder die Polizei erfolgen.

Handlungsempfehlung: Erwachsene in der Notaufnahme

Nr. 56 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei der Vorstellung Erwachsener in Notaufnahmen aufgrund von häuslicher Gewalt und/oder eines Suizidversuches oder einer psychischen Dekompensation und/oder einer Substanzintoxikation soll* als Screening gefragt werden, ob der_die Patient_in die Verantwortung für eine_einen Minderjährige_n trägt, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen. In diesem Fall soll* der Sozialdienst der Klinik informiert werden.</p>	
<p>Quelle: Diderich et al. 2013; Diderich et al. 2014; Diderich et al. 2015; H. v. Konijnenburg et al. 2015</p> <p>LoE 2++ bis 2+</p>	 Empfehlungsgrad A*

Referenz	Textauszug
<p>Diderich et al. 2013 LoE: 2++</p>	<p><i>The protocol has a high positive predictive value of 91% and can substantially increase the detection rate of child abuse in an ED setting. Parental characteristics are strong predictors of child abuse.</i></p> <p><i>Within a week after the referral the RCCAN invited the family to the RCCAN office or visited them at home to assess the situation. A social worker and medical doctor spoke to the parents, while at the same time a behavioral specialist evaluated children from the age of six upwards. The situation was evaluated using the CARE-nl (Ruiter & de Jong 2005). After this first assessment the social worker contacted informants around the family. These include the general practitioner, the school, the Well Baby Clinics and the School Health Care system. Based on the information from all these parties, the RCCAN doctor and social worker determined whether the child was, or was not, a victim of child abuse or neglect.</i></p>
<p>Diderich et al. 2014 LoE: 2++</p>	<p><i>Implementation of the Hague Protocol substantially increased the number of referrals to the RCCAN in both regions. In Friesland, the new implementation region, the number of referrals increased from 2 out of 92,464 patients (three per 100,000) to 108 out of 167,037 patients (62 per 100,000). However in Friesland, child abuse was confirmed in a substantially lower percentage of cases relative to the initial implementation region (62% vs. 91%, respectively).</i></p>
<p>Diderich et al. 2015 LoE: 2++</p>	<p><i>Eight missed cases out of 120 cases were found. The reasons for not referring were as follows: forgetting to ask about children and assuming that it was not necessary to refer children if parents indicated that they were already receiving some form of family support.</i></p> <p><i>Barriers to identifying missing cases could be relatively easy to overcome. Regular training of emergency nurses and an automated alert in the electronic health record to prompt clinicians and emergency nurses may help prevent cases being missed in the future.</i></p>
<p>H. v. Konijnenburg et al. 2015 LoE: 2+</p>	<p><i>Maltreatment was confirmed in 39% and suspected in 12%. It was judged that there was no maltreatment in 26% and maltreatment status was unknown in 23%. The most common type of maltreatment was being a wit-</i></p>

ness of intimate partner violence, followed by emotional neglect. The majority of maltreatment cases (36%) represented a single type of maltreatment, two or more types of maltreatment occurred in 14%.

Proportions of suspected and confirmed maltreatment differed between the Amsterdam protocol (51%) and the Hague protocol (96%).

Signs of maltreatment were found in 10 of 197 children (5%) who had been physically examined for the Amsterdam protocol. Of these, signs of physical neglect were found in six children, signs of physical abuse were found in two children (in one child, abuse was confirmed by the child and her mother, abuse was not confirmed in the other child); details of two children are missing.

We found that the RCCAN (Reporting Centers for Child abuse and Neglect) identified more maltreatment than pediatric staff (98% versus at least 51%), but referrals to services were similar (82% versus 80% of the total sample) and parents were positive about both interventions. Physical examination revealed signs of maltreatment 5%.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 56

Ein Screening von Patienten_innen in einer extremen Belastungssituation (wie Häusliche Gewalt, Suizidversuch, psychische Dekompensation, Substanzintoxikation) soll durchgeführt werden.

Das Screening beinhaltet in diesen Fällen Folgendes:

1. Nachfrage, ob der_die Patient_in ein Personensorgeberechtigter eines_einer Minderjährigen_r ist.
2. Ist der_die Patient_in ein Personensorgeberechtigter für eine_einen Minderjährige_n, so ist diese_dieser darüber zu informieren, dass sich der Sozialdienst während des stationären Aufenthaltes mit ihm_ihr in Verbindung setzen und das weitere Vorgehen nach § 4 KKG mit ihm_ihr abstimmen wird.

Die Intervention eines solchen Screenings im Krankenhaus bedeutet sowohl Prävention wie die freiwillige Annahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten als auch notwendige Maßnahme zur Einleitung von Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche.

Mit diesem Screening, das Erkennen von Personensorgeberechtigten von Minderjährigen, werden negative Kontextfaktoren wie Häusliche Gewalt, Sucht und eine psychische Erkrankung erfasst.

Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung ist aus verschiedenen Gründen eine Herausforderung:

- Was mache ich, wenn der_die Patient_in nicht ansprechbar ist?
- Was mache ich, wenn ich nicht in Erfahrung bringen kann, ob der_die Patient_in personensorgeberechtigt für eine_einen Minderjährige_n ist?
- Was mache ich, wenn der_die Patient_in nicht einverstanden ist?

Die [Medizinische Kinderschutzhotline](#) (Tel. 0800 19 210 00) kann als niedrigschwelliges und bundesweites Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe genutzt werden.



Expertenmeinung:
Klinische Sozialarbeit

Grundsätzlich ist die Empfehlung uneingeschränkt zu begrüßen, da fachlich allein die Tatsache, dass ein Kind (wenn auch passiv) häusliche Gewalt (z.B. ggü. dem anderen Sorgeberechtigten) miterleben muss, als gewichtiger Anhaltspunkt gilt, welcher gem. § 4 KKG dringend abgeklärt werden soll. Auch psychische Destabilisierungen jedweder Art von Sorgeberechtigten sind eng mit einem erhöhten Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl assoziiert. Selbst wenn im Verlauf der Kontaktaufnahme sich die Diagnose Kindeswohlgefährdung nicht bestätigt, bietet sie Potenzial für die Installation unterstützender Hilfen zur Lösung der Krisensituation, die auch zukünftig präventiv wirksam sein können.

Die Empfehlung, bei Patienten, die aufgrund von häuslicher Gewalt und/oder eines Suizidversuchs oder einer psychischen Dekompensation und/oder einer Substanzintoxikation in Notaufnahmen vorgestellt werden und Verantwortung für eine_einen Minderjährige_n tragen, den Sozialdienst der Klinik miteinzubeziehen, stellt allerdings insbesondere Kliniken, an die keine pädiatrische Abteilung angeschlossen ist, vor große Herausforderungen. Aufgrund erheblicher Auslastung bewegen sich die Kliniksozialdienste erfahrungsgemäß ständig am Limit ihrer Kapazitätsgrenzen (stete Zunahme der Arbeitsverdichtung bei wachsenden Komplexitätsanforderungen), nicht zuletzt durch die zunehmenden Anforderungen durch das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V). Zusätzliche zeitintensive Aufgaben wie das Führen von Gesprächen mit den Personensorgeberechtigten, die Kinderschutzarbeit und die Kommunikation mit den zuständigen Jugendamtsmitarbeitern sind nicht ohne Weiteres zu leisten. Die Steigerung des Bearbeitungsvolumens aufgrund der Erweiterung auf zusätzliche Zielgruppen muss sich in der Fortschreibung des Personalbedarfes wiederfinden, soll die Empfehlung nicht reine Makulatur sein.

Der vielfältigen Ausgestaltung der klinischen Sozialarbeit geschuldet, besteht außerdem in den Kliniksozialdiensten, angepasst an den entsprechenden Arbeitsbereich, oft eine hochspezialisierte Expertise für einzelne Patientengruppen, die schwer auf andere Gruppen übertragbar ist. Viele Kollegen, die im Erwachsenenbereich ansonsten überwiegend Anschlussheilbehandlungen und komplexe Versorgungs- bzw. Pflegehilfen organisieren, dürften nicht sehr versiert im komplizierten Bereich der Jugendhilfe und der Kinderschutzarbeit sein. Die Kollegen, die in Kliniken mit angeschlossenen pädiatrischen Abteilungen arbeiten, sind hingegen mit Kinderschutz- und Jugendamtsfragen vertraut, Teil der Kinderschutzgruppen und teilweise auch als insoweit erfahrene Fachkräfte im Kinderschutz (gem. §§ 8a und 8b SGB VIII) ausgebildet.

Eine Bearbeitung durch die Kliniksozialdienste bei Vorstellungen an Wochenenden wird allerdings erst am nächsten Werktag möglich sein. In diesen Fällen muss bei Akutereignissen an Wochenenden vor Ort im Einzelfall immer auch über die Benachrichtigung der örtlichen Rufbereitschaft der Jugendämter nachgedacht werden.

Michael Trost

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

4.4 Diagnostische Methoden

Beurteilung von Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung anhand diagnostischer Methoden

In diesem Kapitel werden zwei Methoden zur Beurteilung einer Misshandlung, Vernachlässigung oder eines sexuellen Missbrauchs dargestellt. Der erste Teil befasst sich mit der strukturierten Befragung von Kindern und Jugendlichen (Beurteilung einer Aussage) und der zweite Teil befasst sich mit der medizinischen Diagnostik (Beurteilung körperlicher Befunde).

Ziele der diagnostischen Methoden: Strukturierte Vorgehensweisen sollen helfen, Aussagen der Kinder und Jugendlichen zu beurteilen und spezifische Befunde für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch zu erkennen und zu bestätigen. Die Handlungsempfehlungen verdeutlichen, dass eine Beurteilung einer Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch besser gelingt, wenn sowohl Aussagen der Kinder und Jugendlichen oder der Personensorgeberechtigten als auch körperliche Befunde vorliegen. Aussagen und Befunde werden in Hinblick auf das weitere diagnostische Vorgehen und die Bestätigung einer Diagnose interdisziplinär (und multiprofessionell) beurteilt.

Die Diagnose einer Misshandlung, eines Missbrauchs und/oder einer Vernachlässigung ist Teil der Gefährdungseinschätzung. Dabei sollen auch aktuelle Schädigungen, dadurch entstandene oder noch entstehende Folgeschäden für Kinder und Jugendliche als auch eine prognostische Einschätzung zur Entwicklung der Kinder und Jugendlichen erfolgen.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Das Erörterungsgespräch mit Kindern und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten zu ihrer Situation ist essentieller Teil dieser Einschätzung. Eine klare Abgrenzung zur strukturierten Befragung der Kinder und Jugendlichen kann in der Praxis schwierig sein.



Info für Fachkräfte

Jeder Fachkraft, die eine somatische oder psychologische Untersuchung bei einem potentiellen Opfer von emotionaler, körperlicher oder sexueller Gewalt durchführt, sollte sich gewahr sein, dass die Betroffenen auf bestimmte Reize während der Untersuchung (z.B. Berührungen, Fragen) teilweise wegen traumatischen Wiedererinnerung auch mit Schreck, Erstarrung oder Angst reagieren können. Deshalb ist es einerseits wichtig, sich ausreichend viel Zeit für die Aufklärung zu nehmen und dabei auch sehr transparent darüber zu sprechen, wo die Betroffenen wie und warum berührt werden und mit welcher Intention welche Fragen gestellt werden.

Teil A Befragung von Kindern und Jugendlichen

4.4.1 Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen

Eine Befragung von Kindern und Jugendlichen soll strukturiert erfolgen und dient der objektiven Klärung der Frage "Was ist passiert?" und ist damit Teil der Diagnostik zur Feststellung einer Misshandlung, eines Missbrauchs und/oder einer Vernachlässigung. Sie dient primär der strukturierten Exploration von Geschehnissen und bietet die Möglichkeit, dass sich Kinder und Jugendliche zum Geschehen offenbaren und äußern können.

Im Gegensatz dazu ist ein Gespräch zwischen Fachkraft und Kindern und Jugendlichen zu sehen, in dem Kinder und Jugendliche sich zu ihren Gefühlen und Meinungen äußern und ihre Wünsche mitteilen können. Dies ist u.a. Teil der Partizipation und trägt durch die Erörterung ihrer Situation auch zur Gefährdungseinschätzung bei (Abb. 16). ([Verweis auf Kapitel 4.1 Partizipation](#)).

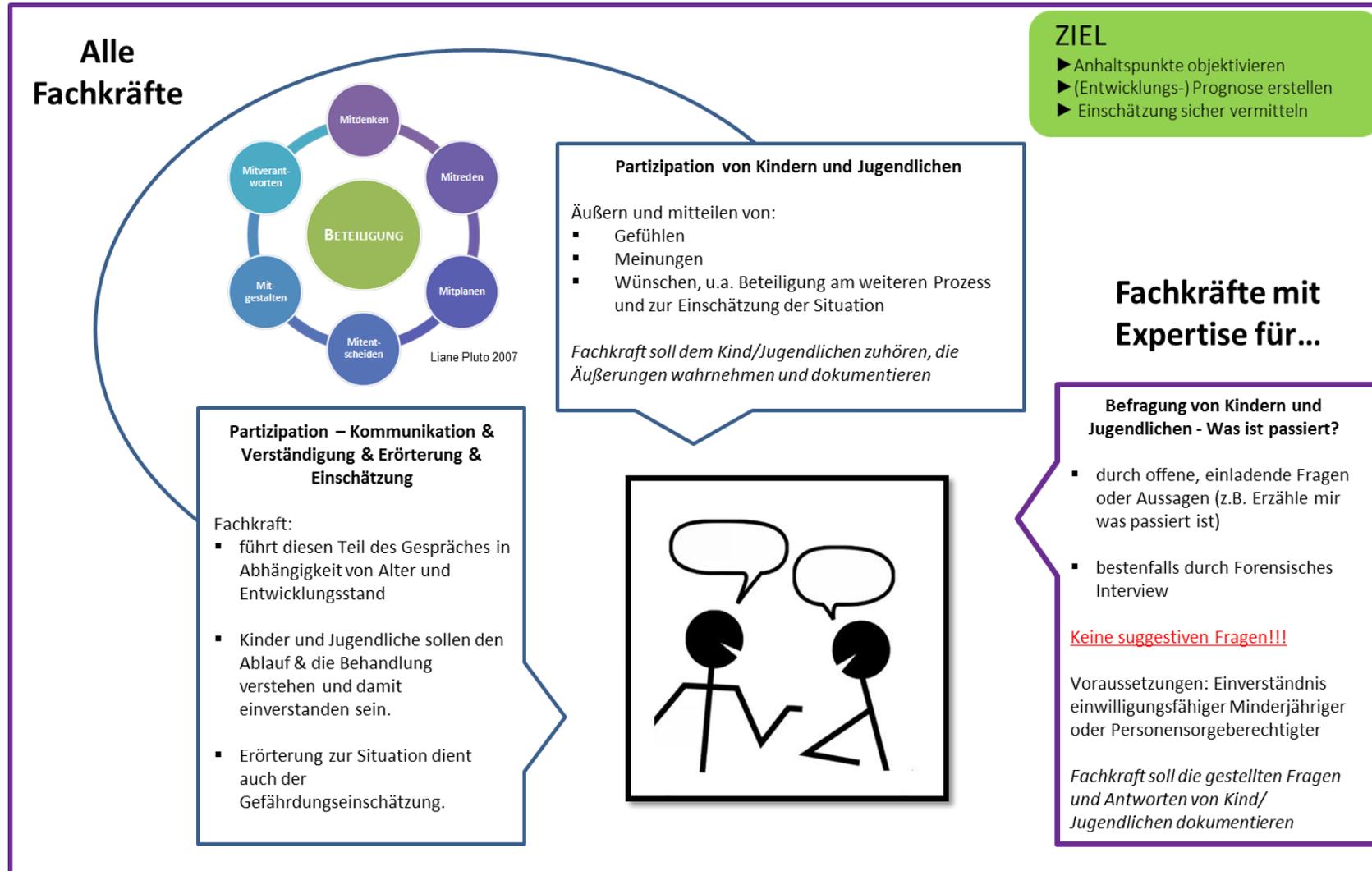


Info für Fachkräfte

Im Rahmen der Diagnostik ist es durchaus wichtig, die (Erst-)einlassungen der Kinder oder Jugendlichen sensibel und nach fachlichen Standards durchzuführen und gut zu dokumentieren. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher sich davon Entlastung verspricht, eine vollständige strukturierte Befragung in dieser Situation durchzuführen, so spricht nichts dagegen.

Sie oder er ist dann aber unbedingt darüber aufzuklären, dass es in einem Gerichtsverfahren mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu weiteren Befragungen im Sinne einer Vernehmung kommen wird.

Abb. 16 Gespräch oder Befragung – Fachkräfte im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen



Begriff forensisches bzw. strukturiertes Interview

Es gibt weltweit keine Definition und keinen Goldstandard für das forensische Interview. In der Kinderschutzleitlinie wird das forensische Interview für den deutschsprachigen Raum als ein *strukturiertes, klinisch und wissenschaftlich überprüftes Instrument zur Durchführung der Befragung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung* bezeichnet.

Der Begriff *forensisches* Interview wurde den amerikanischen Originalarbeiten entnommen, bei denen die Durchführung des strukturierten Interviews im Wesentlichen gerichtlichen Zwecken dient. Dies stellt eine Herausforderung dar, da eine Übertragung auf das deutsche Rechtssystem nicht ohne weiteres möglich ist. In Deutschland gilt beispielsweise im Strafprozess der sogenannte Unmittelbarkeitsgrundsatz (etwa in § 250 StPO – Grundsatz der persönlichen Vernehmung). Dieser besagt, dass die Richterin oder der Richter selber unmittelbar die Befragung durchgeführt haben muss, damit der Inhalt der Aussage in das Verfahren eingehen kann.

In den Handlungsempfehlungen soll die strukturierte Befragung in erster Linie dazu dienen, einen möglichst objektiven Befund zur Klärung eines Sachverhaltes zu erheben und den Risiken von Suggestion und Verfälschung der Aussagen von Kindern und Jugendlichen vorzubeugen. In den Studien wird die Validität eines Instrumentes und eines strukturierten Ablaufes geprüft. Aus wissenschaftlicher Sicht ist dies unabhängig zu betrachten, auch wenn der Zweck zur Klärung eines Sachverhaltes unterschiedlich sein kann, wie z.B. aufgrund eines Gerichtsverfahrens.

Aktuell kann Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht zugesichert werden, dass die Durchführung einer strukturierten Befragung mittels Protokoll, Video- und Audiodokumentation zum Verzicht auf eine erneute Befragung vor Gericht führt.

In den Handlungsempfehlungen wird der Begriff forensisches Interview genutzt und meint in erster Linie die strukturierte Befragung zur objektiven Klärung eines Sachverhaltes, die bei Beachtung der Rechtslage als forensisches Interview verwendet werden kann.



Prinzipien einer strukturierten Befragung

- Objektive Klärung der Frage: Was ist passiert?
- Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, sich zum Geschehen zu offenbaren
- Geringstmögliche Beeinflussung der Äußerungen von Kindern und Jugendlichen durch offene Fragen.
- Rekonstruktion eines Geschehensablaufs aus dem episodischen Gedächtnis (Nutzung „Free recall memory“)
- Narrative Beschreibung des Ereignisses durch einladende Aussagen/offene Fragen

Forensisches Interview im Ausland

Forensische Interviews werden in den USA hauptsächlich im Rahmen der Vorstellung eines Kindes in einem Child Advocacy Center (CAC) durchgeführt. CACs sind multiprofessionell (Ärzte_innen, Mitarbeitende der Jugendhilfe, Pflegende, Polizisten_innen, Psychologen_innen, Sozialarbeitende und Staatsanwälte_innen) aufgestellte Einheiten, die nicht unbedingt an Krankenhäusern verortet sind. Ziel eines CACs ist eine ganzheitliche Abklärung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung, inklusive der Bereitstellung von Hilfemaßnahmen. Außerdem werden bei Verdacht

auf sexuellen Missbrauch kindergynäkologische Untersuchungen, inklusive Spurensicherung, durchgeführt. In Deutschland gibt es keine CACs. Vergleichbar sind Modellprojekte der [Childhood Foundation](#), die weltweit und in Anfängen in Deutschland umgesetzt werden.

In CACs werden Forensische Interviews u.a. durch ein auf Video und Audio aufgezeichnetes Interview realisiert, um u.a. eine rechtsrelevante, verwertbare Aussage der Kinder und Jugendlichen zu erhalten. Mit dieser Art der Dokumentation soll eine mehrfache Befragung der Kinder und Jugendlichen vermieden werden. Es wird angenommen, dass dadurch das Risiko einer veränderten Wahrnehmung reduziert wird, sich Kinder und Jugendliche besser erinnern können und eine zusätzliche Belastung ausbleibt.

Beispiele aus der Literaturrecherche für die Durchführung eines forensischen Interviews, bzw. einer strukturierten Befragung

Für die Durchführung eines Forensischen Interviews stehen mehrere Protokolle zur Verfügung. In mehr als der Hälfte der CACs wird das CornerHouse Forensic Interview Protocol genutzt, ein Interview-Protokoll des CACs CornerHouse, welches im Jahr 1989 in Minneapolis/Minnesota erstellt wurde. Es wird kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt. Nach Angaben von Anderson et al. (2014) wurden in den vergangenen Jahren mehr als 26.000 Fachkräfte aus 17 Ländern im Umgang mit dem CornerHouse Forensic Interview Protocol und der Durchführung des Forensischen Interviews geschult (Anderson et al. 2014). Dieses Protokoll ist nicht veröffentlicht.

Das am zweithäufigsten genutzte Interviewprotokoll in den USA ist das [Protokoll der NICHD](#) (National Institute for Child Health and Human Development). Im Unterschied zum erstgenannten wird dieses Protokoll durchgehend wissenschaftlich evaluiert. Das NICHD-Protokoll dient als Grundlage für die Handlungsempfehlungen (NICHD Protocol) und ist veröffentlicht sowie frei verfügbar.

Das NICHD-Protokoll

Das NICHD-Protokoll gliedert das Interview in verschiedene Phasen und hat als Ziel, detaillierte und präzise Informationen von Kindern und Jugendlichen zu erhalten.

Die Phasen des NICHD-Protokolls sind folgende:

1. Vorstellung
2. Aufbau von Rapport und Erzähltraining
3. Erklären und Anwenden von Grundregeln
4. Weiterführender Aufbau von Rapport und Training der gemeinsamen Rekonstruktion eines Geschehensablaufs aus dem episodischen Gedächtnis
5. Substantieller Teil des Interviews
6. Offenbarung von Informationen
7. Ende des Interviews.

Ein Interview kann mehrere Sitzungen beinhalten. Das Einverständnis einwilligungsfähiger Minderjähriger oder Personensorgeberechtigten ist Voraussetzung. Das Protokoll finden Sie [hier](#).

Das Besondere am NICHD-Protokoll ist, dass wortwörtliche Instruktionen und genaue Verhaltensanleitungen für jedwede kindliche Reaktionsweise die gesamte Befragungssituation fast vollständig durchstrukturieren, ohne aber für die Befragung zum Geschehen eine inhaltliche Abfolge vorzugeben, die die Prozesse des Erinnerungsabrufs stören könnten.



Einflussfaktoren auf eine strukturierte Befragung

- Alter und Entwicklungsstand der Befragten (Lewy et al. 2015)
- Geschlecht der Befragten und des Interviewenden (Lamb und Garretson 2003)
- Kulturelle Besonderheiten und die Muttersprache der Befragten (Newlin et al. 2015)
- Besondere Bedürfnisse oder Traumata der Befragten (Newlin et al. 2015)
- Art der Dokumentation (z.B. schriftliches Protokoll, Audio- bzw. Videoaufnahme) (Newlin et al. 2015)
- Umgebung, in der die Befragung stattfindet (Newlin et al. 2015)



Hinweise und Empfehlungen zur Durchführung einer strukturierten Befragung

- Bereiten Sie sich so sorgfältig wie möglich auf das Gespräch vor.
- Erfragen Sie, wenn möglich, all jene Informationen, die für die Befragung bedeutsam sein könnten (z.B. mentales Entwicklungsalter, Kommunikationsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten der Befragten, ...).
- Berücksichtigen Sie Verhaltensbesonderheiten (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen, ...).

(Niehaus et al. 2017)

Forschung und Evidenzlage

Die Ergebnisse der Literaturrecherche im Rahmen dieser Leitlinie zeigen Evidenzlücken in der Evidenzgrundlage für Forensische Interviews. Die Basis für die Handlungsempfehlungen bilden neun als relevant eingeschätzte Artikel – diese Studien stammen aus Australien, Brasilien, den USA, Israel, Kanada und England. Davon sind sechs Pre-post-Studien, die hauptsächlich vor und nach dem Training eines strukturierten Forensischen Interviews (überwiegend NICHD-Protokoll) durchgeführt wurden. Die meisten Studien beziehen sich auf Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen, bei denen der Verdacht des sexuellen Missbrauchs bestand. Zu beachten ist hierbei, dass der Verdacht nur in zwei Studien validiert wurde und sich als zutreffend erwies. Drei weitere Studien erhoben gar nicht, ob sich dieser Verdacht bestätigen ließ oder nicht. Nur in einer Studie ging es bei der überwiegenden Mehrheit der Kinder im Alter von 4 bis 13 Jahren um einen Verdacht auf körperliche Misshandlung (Hershkowitz et al. 2014). Bei einigen Studien sind Kinder und Jugendliche außerdem Zeugen von Gewalt (Lamb et al. 2002a). Ein Selection Bias (Stichprobenverzerrung: Diese tritt auf, wenn aufgrund fehlender Randomisierung ein systematischer Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppe besteht) war in der Mehrheit der Studien erkennbar und die Ergebnisse der Studien werden verzerrt. In einigen Studien dienten andere Zeugenaussagen, medizinische oder andere Beweise oder das Geständnis der/des Verdächtigen als Einschlusskriterium zur Bestätigung der Misshandlung oder des Missbrauchs (Lewy et al. 2015).

Die Bestätigung der Diagnose durch das Forensische Interview wurde in den Studien nicht eindeutig beschrieben, ebenso wenig, ob die Outcomes des Forensischen Interviews für ein Gerichtsverfahren verwend- oder nutzbar waren. Zusätzlich gibt es zwei systematische Reviews (Brasilien und Australien) und ein gutes narratives Review, die eine gute Übersicht über verschiedene Faktoren verschaffen, die bei einem Forensischen Interview in Bezug auf das Kind und den Interviewer berücksichtigt werden sollten. Zurzeit gibt es hinsichtlich der Schulung beziehungsweise des Einflusses von Ausbildung und Erfahrung der Interviewenden bezüglich der Qualität eines Forensischen Interviews und des Vergleichs der Protokolle untereinander keine randomisierten kontrollierten Studien.

Diese Lücken stellen Forschungsdesiderate dar, die zu schließen sind. Mit diesem Wissenszuwachs und den konsentierten Handlungsempfehlungen der Kinderschutzleitlinie wird hoffentlich direkter Einfluss

auf die zukünftige Studienlage in Deutschland genommen. Deutlich aufwendiger, jedoch mit erheblich mehr Sicherheit in der Einordnung der Ergebnisse behaftet sind kontrollierte Studien.

Praxisbezug, Umsetzung und Herausforderung

Die objektive Befunderhebung eines Sachverhaltes anhand von Befragungen von Kindern und Jugendlichen sollte in Deutschland mit guten Qualitätsmerkmalen etabliert werden. Die Handlungsempfehlungen dienen der Anleitung zur Durchführung und Umsetzung der strukturierten Befragung in der Praxis.

Die Anwendbarkeit eines strukturierten Verfahrens ist in all jenen Fällen des Kinderschutzes gegeben, in denen Kinder und Jugendliche zu konkreten Ereignissen befragt werden. Um die Vorteile einer strukturierten Befragung nutzen zu können, müssen jedoch verschiedene Voraussetzungen auf Seiten der Befragten und der Interviewenden vorhanden sein.

Der UBSKM veröffentlichte 2018 [Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend betroffener Menschen in Ermittlungs- und Strafverfahren](#) und ist als aktuelle Information und Praxisbezug zu verstehen.

Sondervotum „Forensisches Interview, bzw. Strukturierte Befragung“

Die Schulung von Mitarbeitern, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt treten und möglicherweise deren erste Aussagen zu KWG aufnehmen ist notwendig. Kenntnisse in Gesprächsführung, Dokumentation (auch unter strafrechtlichen Gesichtspunkten) sind notwendig. Forensische Interviews könnten hier als Ergänzung hilfreich sein. Die derzeitige Datenlage lässt aber eine generelle Präferenz für diese Interviews nicht zu. Zudem sind in der Übertragbarkeit solcher Instrumente Besonderheiten im Versorgungssystem in Deutschland ebenso wie im Rechtssystem zu beachten.

In den meisten Fällen geht es nicht um Strafanzeigen, sondern Hilfen. In Analogie zum viel diskutierten verpflichtenden Hausbesuch bei Verdacht auf KWG durch die Jugendämter im Rahmen des BuKiSchuG sehen wir hier die Gefahr einer mechanistischen Herangehensweise, die der differenzierten Bedarfslage von Minderjährigen in der Situation nicht entspricht und keinen Mehrwert im Sinne des Kinderschutzes hat. Zudem ist fraglich, ob ein Instrument mit Zertifizierung, das möglicherweise wirtschaftliche Interessen verfolgt, an dieser Stelle empfohlen werden kann.

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
&
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

in Zustimmung
**des Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauch
&
der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V.**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie kann die Forderung nach der fast verpflichtenden Einführung eines forensischen Interviews zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht unterstützen. Aus unserer Sicht benötigt es hierfür noch wesentlich mehr Forschung, einerseits bezüglich der Übertragbarkeit eines solchen angloamerikanischen Instrumentes auf die Praxis im deutschsprachigen Raum sowie, und das scheint uns fast der wichtigere Punkt zu sein, welche Auswirkungen die Einführung eines forensischen Interviews auf die Sensibilität und Sensitivität der Bearbeitung von sexuellem Missbrauch in der Praxis hat, um eine solch starke und weitreichende Empfehlung aussprechen zu können.

Hintergrund dieses ablehnenden Votums ist, dass sich dort aus unserer Sicht zwei zentrale Ziele zumindest teilweise widersprechen. Einerseits das wichtige strafrechtliche Ziel, möglichst gute vor Gericht nutzbare Aussagen zu bekommen und andererseits das Ziel, die Breite des therapeutischen Feldes für diese Thematik zu sensibilisieren. Der grundlegende Gedanke, die Gerichtsverwertbarkeit von Aussagen zu erhöhen, scheint mir sehr wichtig zu sein. Bevor man das in einer so weittragenden Empfehlung ausspricht, sollte man eine wirklich breit angelegte Feldforschung durchführen und auch evaluieren, welche Auswirkungen eine solche Empfehlung für den Umgang mit dem Thema hat und ob dies nicht auch dazu führen könnte, dass Betroffene dadurch weniger spezifische therapeutische Hilfen bekommen.

Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie

Handlungsempfehlungen: Forensisches Interview

Nr. 57 KKP	Konsens (94%)
<p>57a: Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder – vernachlässigung sollten* im Rahmen einer multiprofessionellen Diagnostik zeitnah zum Ereignis oder letzten Übergriff Ersteinlassungen der Kinder und Jugendlichen protokolliert und ggf. durch wenige Nachfragen entsprechend den Prinzipien des NICHD-Protokolls konkretisiert werden.</p> <p>57b: Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung sollte* in Absprache mit Institutionen der Strafverfolgung bzw. der Familiengerichtbarkeit und mit Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/des Vormundes ein forensisches Interview angeboten werden, wenn die Aussage der Kinder und Jugendlichen zur Klärung der Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung erforderlich erscheint.</p> <p>Quelle: Herbert & Bromfield 2016; Newlin et al. 2015</p> <p>LoE 2++ bis 4</p>	
Empfehlungsgrad B*	

Referenz	Textauszug
Herbert & Bromfield 2016 LoE: 2++	<i>Despite studies of a particular protocol for nondisclosing children showing strong results (Carnes et al. 2001), the use of CAC forensic interviewing did not show an increase in disclosures against comparison communities (Lippert et al. 2009). Similarly no difference was found in terms of the likelihood of revictimization in two studies that compared CAC and control communities (Shepler 2010; Wolfeich & Loggins 2007).</i>
Newlin et al. 2015 LoE: 4	<i>Conduct the forensic interview as soon after the initial disclosure of abuse, or after witnessing violence, as the child’s mental status will permit and as soon as a multidisciplinary team response can be coordinated (APSAC 2012; Saywitz and Camparo 2009).</i> <i>Forensic interviews are best conducted within a multidisciplinary team context, as coordinating an investigation has been shown to increase the efficiency of the investigation while minimizing system-induced trauma in the child (Cronch, Viljoen, and Hansen 2006; Jones et al. 2005).</i>

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen

Nr. 57a

Phasen des NICHD-Protokolls sind folgende:

- Vorstellung
- Aufbau von Rapport und Erzähltraining
- Erklären und Anwenden von Grundregeln
- Weiterführender Aufbau von Rapport und Training der gemeinsamen Rekonstruktion eines Geschehensablaufs aus dem episodischen Gedächtnis

Nr. 57b

Für die Durchführung eines forensischen Interviews im Sinne einer strukturierten Befragung ist wie bei jeder anderen Untersuchung das Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen oder Personensorgeberechtigten einzuholen.

Stimmen die Personensorgeberechtigten diesem Interview nicht zu, obwohl dies nicht dem

- Substantieller Teil des Interviews
- Offenbarung von Informationen
- Ende des Interviews.

Interesse des Kindes oder Jugendlichen entspricht, sollte mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft das weitere Vorgehen besprochen oder das Jugendamt einbezogen werden.

Soll eine strukturierte Befragung gerichtsverwertbar sein, müssen alle Absprachen dazu mit den Institutionen der Strafverfolgung bzw. der Familiengerichtsbarkeit zeitlich vor der Befragung stattfinden.

Der Verfahrensbeistand (vor der Aktualisierung des FGGs (jetzt FamFG) 2009: Verfahrenspfleger) vertritt darüber hinaus die Interessen des Kindes oder Jugendlichen in Kindschaftssachen, soweit dies zur Wahrnehmung der Interessen des Kindes oder Jugendlichen erforderlich ist. Er hat im Verfahren die Rechte eines Beteiligten und kann im Interesse des Kindes oder Jugendlichen auch Rechtsmittel einlegen. Der Verfahrensbeistand informiert das Kind oder den/die Jugendliche_n über den Verlauf des Verfahrens und stellt seine Beteiligung sicher. Dieser kann anregen, eine_einen Ergänzungspfleger_in zu bestellen.

Nach derzeitiger Rechtslage kann der Verfahrensbeistand erst im Familienverfahren durch den Familienrichter bestellt werden kann (§ 158 FamFG).



Tipps für Fachkräfte im Gespräch mit Kindern und Jugendlichen

- Nehmen Sie Kinder und Jugendliche ernst und glauben Sie ihren Äußerungen.
- Zeigen Sie Kindern und Jugendlichen, dass Sie ihre Äußerungen verstehen, und hören Sie aufmerksam zu.
- Lassen Sie Kindern und Jugendlichen Zeit beim Sprechen und unterbrechen Sie sie nicht.
- Lassen Sie Kinder und Jugendliche ihre eigenen Worte verwenden.
- Ermuntern Sie Kinder und Jugendliche, dass es richtig ist, darüber zu sprechen.
- Sagen Sie Kindern und Jugendlichen, dass sie nicht schuld sind.
- Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht richtig verstanden haben, und lassen Sie es sich von dem Kind erklären.
- Versprechen Sie nichts, was Sie nicht halten können.
- Sagen Sie Kindern oder Jugendlichen, was Sie als Nächstes tun wollen.

**Expertenmeinung**
Forensisches Interview

Ergibt sich beim Kind oder Jugendlichen der Verdacht auf eine Misshandlung oder einen sexuellen Missbrauch, so ist es ratsam, die Einflussmöglichkeiten der Eltern auf das Aussageverhalten des Kindes - wenn möglich – einzugrenzen. Das Risiko einer Beeinflussung und damit Unverwertbarkeit der Aussage in einem Gerichtsverfahren ist auch bei objektiv positiven Befunden gegeben.

Es ist wichtig, sowohl dem Kind/Jugendlichen als auch der/den Personensorgeberechtigten das Vorgehen zu erläutern. Dies kann anschaulich anhand eines Beispiels erfolgen. Passend sei unter anderem der Verweis auf einen Unfallhergang. An diesen würden sich alle Beteiligten und Zeugen individuell erinnern und jeder habe eigene Erklärungen dafür, wie es habe passieren können. Im Forensischen Interview sollten deswegen auch alle Beteiligten die Möglichkeit bekommen, ihren eigenen Blickwinkel darzustellen.

Gesetzt den Fall, dass der/die Personensorgeberechtigten nicht in die Befragung des Kindes oder Jugendlichen einwilligt, muss dies zunächst genau dokumentiert werden. Dies kann zum Anlass genommen werden, nochmals genau nachzufragen, wieso das Einverständnis nicht gegeben werde und welche Bedenken auf Seiten des/der Personensorgeberechtigten bestehen würden. Auch diese Antworten sollten akribisch dokumentiert werden. Bei einem starken Verdacht auf eine gravierende Kindeswohlgefährdung kann die fehlende elterliche Zustimmung durch einen Gerichtsbeschluss ersetzt werden, sodass eine Befragung des Kindes trotzdem ermöglicht wird. Dies könnte auch ein denkbarer Grund für eine Anzeigenerstattung sein, da die Strafverfolgungsbehörden ein größeres Durchgriffsrecht als Kliniker haben.

Idealerweise sollte die forensische Befragung des Kindes oder Jugendlichen vor dem Beginn einer Therapie abgeschlossen und gerichtsverwertbar dokumentiert sein. Dies wird vor allem im Hinblick auf die Glaubhaftigkeit des Kindes bei einer späteren gerichtlichen Befragung diskutiert. Im Rahmen der Therapiesitzungen vermittelte therapeutische Botschaften können sich mit den primären Erinnerungen und Bewertungen eines Ereignisses vermischen. Das kann zur Folge haben, dass beim Abfragen (gedächtnispsychologisch: „Reproduktion“) ggf. die in der Therapie entwickelten Bedeutungsgebungen geäußert werden und nicht das „Originalerleben“ des Kindes in der Missbrauchssituation. Eine spezifische Ausbildung für die Befragenden in einem Forensischen Interview sei zwar wünschenswert, dürfe aber keinesfalls eine formale Voraussetzung werden. Der Mangel an geeigneten Ausbildungen in Deutschland könne sonst dazu führen, dass im Endeffekt niemand mehr eine Befragung durchführt, weil er nicht über eine spezifische Ausbildung verfügt. Es sei wichtig, dass Professionen, die im beruflichen Alltag viel mit Kindern zu tun haben (z.B. Kinder- und Jugendärzte_innen) und so eine hohe erfahrungsbasierte Expertise aufweisen, auch bei fehlender formaler Ausbildung solche Befragungen entwicklungsgerecht durchführen können.

Prof. Dr.phil. Meinolf Noeker

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.

Anmerkung zu dieser Expertenmeinung:

Die dargestellte Expertenmeinung kann aus einer Jugendhilfeperspektive nicht unkommentiert bleiben, weshalb das DJI bittet folgende Kommentierung aufzunehmen:

Einem Kind kann das Gespräch mit Bindungspersonen über Erlebnisse, insbesondere, wenn sie grenzverletzend schmerzhaft und/oder bedrohlich waren nicht verweigert werden. Dies würde es in seiner Opferrolle nicht nur nicht anerkennen, sondern zudem auch notwendige Unterstützung und Hilfe verweigern.

Weshalb die folgende Formulierung (*„Ergibt sich bei einem Kind oder Jugendlichen der Verdacht auf eine Misshandlung oder einen sexuellen Missbrauch ist es für die Eltern/Bezugspersonen nicht ratsam,*

mit dem Kind oder Jugendlichen darüber sprechen.")* zumindest einer Präzisierung dahingehend bedarf, dass es nicht ratsam erscheint, wenn ungeschulte Personen durch intensive Befragung des Kindes bzw. Jugendlichen zu Details des Geschehens versuchen, polizeiliche Aufgaben (Tatermittlung) zu übernehmen. Dies ist aber etwas grundsätzliches anderes als ein offenes Ohr für ein Kind zu haben.

In der Expertenmeinung wird das vieldiskutierte Spannungsfeld zwischen Interesse an der Strafverfolgung und Schutz des Kindes nicht hinreichend gewürdigt. Es entsteht der Eindruck, dass das „größere Durchgriffsrecht“ der Strafverfolgungsbehörden hilfreich für den Schutz eines Kindes/Jugendlichen sei. Dies ist keinesfalls immer gegeben.

Für das Ziel der Leitlinien, Kindeswohlgefährdungen erkennen und sie abzuwenden, erscheint daher zumindest für die meisten Bereiche der ärztlichen Aufgaben der Hinweis, sich an das Jugendamt zu wenden, als hilfreicher als sich mit eher ermittlungsorientierten Aufgaben abzumühen.

Deutsches Jugendinstitut e.V.

in Zustimmung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V.

*Anmerkung des Leitlinienbüros: In der Expertenmeinung wurde die Formulierung geändert.

Weitere Kommentare und Anmerkungen zu dieser Expertenmeinung finden Sie im Leitlinien-Report - Übersicht der Änderungen der Leitlinien-Langfassung.

Nr. 58 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Das forensische Interview sollte* strukturiert mithilfe von evaluierten Protokollen durchgeführt werden.

Ein Beispiel eines solchen evaluierten Protokolls ist das revidierte NICHD-Protokoll, das auch in deutscher Sprache vorliegt.

Quelle: Anderson et al. 2014; Benia et al. 2015; Herschkowitz et al.

LoE 2++ bis 2014; Lewry et al. 2015

3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Anderson et al. 2014

LoE: 3

Textauszug

Children interviewed in the traditional interview protocol group provided fewer details ($M = 827$, $SD = 758$) than children interviewed in the narrative practice protocol group ($M = 1383$, $SD = 959$). When controlling for the sociodemographic characteristics of gender, age, race/ethnicity, disability/mental health diagnosis, and language in the model, children provided significantly more details when interviewed using narrative practice with more open-ended questions than children interviewed in the traditional group with fewer open-ended questions ($t = 2.30$, $p = 0.023$). The total variance of the predictive model accounted for 49% in the number of details provided by children (adjusted $R^2 = .45$).

Benia et al. 2015
LoE: 2++

We investigated the amount of information provided by the children in response to open-ended and suggestive prompts in NICHD Protocol interviews compared to nonprotocol interviews. The results reveal that children interviewed by the NICHD Protocol provided more central details [Hedge's $g = .90$ (95% CI .70, 1.10), $Z = 8.91$, $p < .001$] and more details in general [Hedge's $g = .95$ (95% CI .77, 1.13), $Z = 10.40$, $p < .001$] in response to invitations than children interviewed by standard interviews.

In response to suggestive prompts, children interviewed by the protocol provided fewer central details [Hedge's $g = -.36$ (95% CI $-.56$, $-.17$), $Z = 3.75$, $p < .001$] and fewer total details [Hedge's $g = -.34$ (95% CI $-.51$, $-.17$), $Z = 3.89$, $p < .001$] than children interviewed by standard interviews.

For children ages up to 7 years NICHD Protocol interviews with preschoolers yielded more invitations [Hedge's $g = 1.46$ (95% CI 1.05, 1.88), $Z = 6.90$, $p < .001$], fewer suggestive prompts [Hedge's $g = -.61$ (95% CI $-.98$, $-.24$), $Z = 3.21$, $p < .001$], and fewer option-posing prompts [Hedge's $g = -1.05$ (95% CI -1.44 , $-.66$), $Z = 5.26$, $p < .001$]. Regarding the children's informativeness, NICHD Protocol interviews had more total details elicited by invitations [Hedge's $g = .54$ (95% CI .16, .92), $Z = 2.80$, $p = .005$] and fewer total details elicited by suggestive prompts [Hedge's $g = -.42$ (95% CI $-.80$, $-.05$), $Z = 2.22$, $p < .001$] than the control interviews.

Herschkowitz et al.
2014
LoE: 3

Allegation rates were significantly higher when the Revised NICHD Investigative Interview Protocol (59.8%; the rapport building preceded (rather than followed) explanation of the ground rules and expectations, and additional guidance was provided to interviewers with respect to building and maintaining rapport.) rather than the NICHD Investigative Interview Protocol (50.3%) was used ($p = .035$), representing allegations by an additional 18.8% of the children.

Lewry et al. 2015
LoE: 3

Factors Affecting Children's Disclosure of Details Pearson's correlation coefficients showed significantly small ($r = -.17$) to large ($r = .69$) correlations between children's age, reluctant or cooperative comments, proportion of details disclosed about the SA, proportion of open-ended questions as well as the interviewers' use of the NICHD Protocol and their demeanors with no case of multicollinearity.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.58



Merkmale eines strukturierten Interviewprotokolls

- Alle Kinder und Jugendlichen haben die gleiche Möglichkeit, ein mutmaßliches Geschehen zu offenbaren oder für sich zu behalten.
- Objektivität – Persönliche Einflüsse des Interviewenden werden minimiert.
- Standardisierte Durchführung – Interviewablauf und festgelegte Fragetechnik.
- Nutzen offener Fragen anstelle von suggestiven Fragen:
- Die Antworten des Kindes oder Jugendlichen auf offene Fragen erfolgen meist detaillierter und ausführlicher (Anderson et al. 2014; Benia et al. 2015).
- Die Antworten des Kindes oder Jugendlichen auf suggestive Fragen oder Aussagen sind weniger detailliert (Benia et al. 2015).



Eine deutschsprachige Version des NICHD-Protokolls (mit Anhängen) ist auf der [NICHD-Protokoll-Website](#) frei verfügbar (Noeker & Franke 2018a/b).

Nr. 59 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Das forensische Interview sollte* anhand von Aufzeichnungen der Interviewenden und durch eine Audio- und Videoaufnahme nachhaltig dokumentiert werden.

Dies setzt das informierte Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus.

Quelle: Newlin et al. 2015

LoE 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Newlin et al. 2015

LoE: 4

Textauszug

Electronic recordings are the most complete and accurate way to document forensic interviews (Cauchi and Powell 2009; Lamb et al. 2000), capturing the exchange between the child and the interviewer and the exact wording of questions (Faller 2007; Warren and Woodall 1999). Video recordings, used in 90 percent of Children’s Advocacy Centers (CACs) nationally (MRCAC 2014), allow the trier of fact in legal proceedings to witness all forms of the child’s communication. Recordings make the interview process transparent, documenting that the interviewer and the multidisciplinary team avoided inappropriate interactions with the child (Faller 2007).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.59

Das informierte Einverständnis ist verpflichtend für eine Gesundheitsintervention oder die Veröffentlichung vertraulicher Informationen.

Das informierte Einverständnis von einwilligungsfähigen Minderjährigen oder Personensorgeberechtigten ist eine Grundvoraussetzung für die Durchführung und nachhaltige Dokumentation eines forensischen Interviews.

Kinder und Jugendliche müssen über die unten angegebenen Vor- und Nachteile informiert und aufgeklärt werden. Der Zweck der Dokumentation, wie die Aufzeichnungen der Interviewenden und auch die Audio- und Videoaufnahmen als nachhaltige Dokumentation, ist dabei zu benennen. Kinder und Jugendliche sind darüber zu informieren, dass eine erneute Befragung aufgrund eines Straf- oder Familiengerichtsverfahrens erfolgen kann.

Vorteile

- Keine Wiederholung bei sachgemäßer Durchführung (Bei einem Gerichtsverfahren ist eine Wiederholung wahrscheinlich)
- Andere Fachkräfte, die in den Fall involviert sind, können sich das Interview anhören, ansehen oder es lesen.
- Andere Fachkräfte können dem Interviewenden helfen.
- Objektivität & Transparenz der gestellten Fragen und Antworten der Befragten
- Fallneutrale Narrationsübungen zu Beginn des Forensischen Interviews verbessern die Aussagequalität des Kindes signifikant.
(Roberts et al 2011)

Nachteile

- Anfängliche Nervosität oder Unwohl-fühlen vor der Kamera
- Im Hinblick auf die Vorteile des Forensischen Interviews sind die für die Befragten entstehenden Nachteile verschwindend gering!*

Zweck und Nutzen

- Durchführung aufgrund der aktuellen Situation
- Durchführung aufgrund eines Auftrages wie z.B. Gerichtsgutachten
- Möglichkeit für das Kind, sich zum Geschehen zu äußern
- Möglichkeiten der späteren Nutzung wie z.B. im Gerichtsverfahren
- Nutzen für Trainingsmaterial (im Einverständnis mit den Befragten)

Nr. 60 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Interviewende sollten* in der Durchführung eines forensischen Interviews geschult und angeleitet sein. Zur Vorbereitung sollten* mögliche Hindernisse, fallspezifische Anliegen und Interviewstrategien multiprofessionell besprochen werden. Zur Nachbereitung sollte* die Möglichkeit eines Feedbacks gegeben werden.

Quelle: Newlin et al. 2015; Lamb et al. 2002a; Lamb et al. 2002b

LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Lamb et al. 2002a

LoE: 3

The results of this study strongly suggest that meaningful long-term improvement in the quality of information obtained from young alleged victims of sexual abuse are observed only when (a) well-established principles are operationalized in a clear and concrete fashion and (b) training is distributed over time, rather than provided in the form of a single initial session, however intensive.

Lamb et al. 2002b

LoE: 3

These changes in investigative strategy resulted in the elicitation of somewhat fewer forensically relevant details in the post-supervision phase ($M = 137.35$, $SD = 86.33$) than in the supervision phase: $M = 211.24$, $SD = 203.97$; $F(1, 72) = 4.12$, $p < .046$. Analyses of matched interviews conducted by the same interviewers while they were receiving regular feedback and after this had ended showed declines in their use of open-ended prompts and increases in their reliance on riskier option-posing and suggestive prompts.

Newlin et al. 2015

LoE: 4

Although agreement exists that knowledge of forensic interviewing significantly increases through training, this newly acquired knowledge does not always translate into significant changes in interviewer practices (Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Horowitz, and Esplin 2002; Lamb et al. 2008; Price and Roberts 2011; Stewart, Katz, and La Rooy 2011). Supervision, peer reviews, and other forms of feedback should help forensic interviewers integrate the skills they learned during initial training and also improve their practice over time.

Forensic interviews are best conducted within a multidisciplinary team context, as coordinating an investigation has been shown to increase the efficiency of the investigation while minimizing system-induced trauma in the child (Cronch, Viljoen, and Hansen 2006; Jones et al. 2005). Before the interview, multidisciplinary team members should discuss possible barriers, case-specific concerns, and interviewing strategies, such as how best to introduce externally derived information, should that be necessary.

Regardless of whether the forensic interview is conducted at a CAC or other child-friendly facility, the interviewer should communicate with the team members observing the interview to determine whether to raise additional questions or whether there are any ambiguities or apparent contradictions to resolve (Home Office 2007; Jones et al. 2005). The interviewer often has to balance the team's request for further questions with the need to maintain legal defensibility and with the child's ability to provide the information requested.

Nr. 61 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Interviewende sollen* das Erinnerungsvermögen des Kindes oder des_der Jugendlichen durch offene Fragen fördern.

Interviewende sollen* vermeiden, das Kind oder den_die Jugendliche_n zu beeinflussen oder suggestiv zu befragen.

Quelle: Anderson et al. 2014; Lewry et al. 2015; Newlin et al. 2015;

LoE 3 bis 4 Orbach & Lamb 2001

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Anderson et al. 2014

LoE: 3

Textauszug

Open-ended questions and facilitators were used by interviewers on average for just over half of the overall questions posed during the narrative building portion of rapport (M = 0.55, SD = 0.19). The regression analysis showed that the combined open-ended questions and facilitator proportions significantly predicted the number of details provided by children (t = 2.78, p = 0.006), and the overall model accounts for 46% of variance (adjusted R² = 0.46) in the number of details provided by children during the interview. The combined open-ended questions and facilitator proportions show that for every one unit increase in open-ended questions and facilitators in proportion to the number of question asked during rapport, the number of details increases by 2.65.

Lewry et al. 2015

LoE: 3

One standard multiple regression with the same co-variables were conducted to identify which subscales of the (a)children's reluctance and (b) interviewers' non-support scales were significant contributors to these results. In the regression, children's refusal to elaborate on the subject ($\beta = -.35, p = .001$) and interviewers doubting the child's answers ($\beta = -.26, p = .004$) explained 29.5% of the variance in the proportion of details disclosed, above and beyond the effect of age and those of the NICHD Protocol F(9, 78) = 6.21, p = .001.

Newlin et al. 2015

LoE: 4

Maximizing the amount of information obtained through children's free recall memory is universally accepted among forensic interview models as a best practice. Forensic interviewers should use open-ended and cued questions skillfully and appropriately to support children's ability and willingness to describe remembered experiences in their own words (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, and Horowitz 2007; Myers 2005; Saywitz and Camparo 2009; Saywitz, Lyon, and Goodman 2011). Ask more focused questions later in the interview, depending on the developmental abilities of the child, the child's degree of candor or reluctance, the immediacy of child protection issues, and the existence of reliable information previously gathered (e.g., suspect confession, photographs) (Imhoff and Baker-Ward 1999; Lamb et al. 2003; Perona, Bottoms, and Sorenson 2006). This approach reduces the risk of the interviewer contaminating the child's account. Open-ended questions encourage children to elaborate and to include salient details without significant input from the interviewer, who should use them throughout the interview. Recall prompts may include directives or questions, such as "Tell me everything that happened," "And then what happened?" and "Tell me more about (specific person/action/place that the child previously mentioned)."

Once open-ended questions are exhausted, it may be necessary to progressively focus the query. Children may omit details because they do not know the significance of the information sought or because they are reluctant to divulge certain information.

Orbach & Lamb 2001
LoE: 3

82 (94%) of the 87 contradicting details were elicited using option-posing or suggestive utterances. The remaining five contradicting details (6%) were elicited using one directive utterance (a summary). No contradiction occurred in response to an open-ended utterance. A posthoc analysis revealed that in 40% of the option-posing and suggestive utterances which elicited contradictory details, the interviewer cast doubt on the truthfulness of the child's response by asking such questions as "Did he really do it?" or "Is that the truth or a lie?"

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.61

Bei der Durchführung einer strukturierten Befragung von Kindern und Jugendlichen stehen dem Interviewer verschiedene Fragetechniken zur Verfügung, wobei suggestive Fragen **nicht** empfohlen sind.

Im Folgenden finden Sie Beispiele für einladende Aussagen und Fragen, Bestimmungsfragen, leitende Fragen und auch Beispiele für suggestive Fragen.

Einladende Aussagen/Fragen

- Nutzen ‚Free Recall Memory‘
- Entlocken detaillierte und längere Antworten
- Antworten auf diese Fragen sind präziser und ausführlicher.
- Fragen sind nicht suggestiv und schwieriger anzufechten.

Beispiele: „Erzähle mir über alles, das passiert ist“ oder „Du hast vorher gesagt, dass ...X.. passiert ist. Erzähle mir alles darüber“ [wenn das Kind schon Details geäußert hat].

Bestimmungsfragen

- Wer-, Was-, Wo-, Wann-, Wie-Fragen
- Sind entwickelt, um die Aufmerksamkeit auf die bereits erwähnten Details zu lenken und zusätzliche Informationen zu einem bestimmten Aspekt des Ereignisses zu erhalten

Beispiele: „Wann ist das passiert?“ [wenn das Kind sich schon über etwas geäußert hat] oder „Was für ein Farbe hatte das Hemd?“ [wenn das Kind schon geäußert hat, dass die Person ein Hemd trug].

Leitenden Fragen

(nicht optimal, aber nicht beeinflussend)

- Ja-/Nein-Fragen (Verhindern den Aufbau eines freien Rapports)
- (Unvollständige) Auswahlfragen
- Versuchen die Aufmerksamkeit der Befragten auf Details zu lenken, die zuvor nicht erwähnt wurden, ohne jedoch eine erwartete Reaktion anzuzeigen

Beispiele: „Hat er/sie etwas zu dir gesagt?“ oder „Hat er/sie dich über oder unter deinen Klamotten angefasst?“ [wenn das Kind schon geäußert hat, dass die Person es angefasst hat].

Suggestive Fragen

sollen **NICHT** verwendet werden!

- Fragen, die Informationen einführen, die vom Kind nicht geäußert wurden
- Fragen, die eine konkrete Antwort erwarten
- Wiederholung von geschlossenen Fragen innerhalb eines Gesprächs
- Fragen, die Details annehmen, die von dem Kind noch nicht geäußert wurden
- Problematisch, da nach Details von Ereignissen gefragt werden kann, die (so) nicht passiert oder nicht gut in Erinnerung sind
- Kinder können sich durch diese Fragen/Vorschläge beeinflussen lassen, sodass sich ihre Antworten verfälschen können, bspw. Bestätigen von Ereignissen, die nicht geschehen sind.

Beispiele: „Hat er/sie dir wehgetan?“ [wenn das Kind davon vorher nichts erwähnt hat]

Teil B Spezielle Diagnostik

4.4.2 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

Die Handlungsempfehlungen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung bei Kindern und Jugendlichen beziehen sich auf die Themenbereiche: bildgebende Diagnostik, Frakturen, intrakranielle Verletzungen, Hämatome, thermische Verletzungen, Funduskopie, retinale Blutungen und Differentialdiagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung.

Die Handlungsempfehlungen beziehen sich zumeist auf Säuglinge und Kleinkinder. Sie umfassen Hinweiszeichen auf eine körperliche Misshandlung, Indikationen zu Untersuchungen sowie strukturierte Dokumentationen und Vorgehen bei Verdacht auf eine Misshandlung.

Eine häufig gebrauchte Formulierung der Handlungsempfehlung bezieht sich auf die Anamnese einer entstandenen Verletzung. Ist ein akzidentelles Trauma nicht bezeugt oder die Anamnese leer bzw. zweifelhaft in Bezug auf das Trauma, so besteht der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung und weitere Absprachen zum diagnostischen Vorgehen sollen mit mindestens einer anderen Fachkraft abgestimmt werden.



Ist die Verletzung akzidentell oder nicht akzidentell?

Klinische Symptomatik als Anhaltspunkte für eine mögliche körperliche Misshandlung

Die klinische Symptomatik richtet sich nach Art und Ausmaß der Verletzungen und kann je nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen unterschiedlich ausfallen. Rippenfrakturen bleiben bspw. bei Säuglingen im Gegensatz zum Schulkind zumeist unbemerkt. Die Symptome von Kindern mit Frakturen an den Extremitäten sind bspw. Schonung, Bewegungseinschränkung oder Schmerzen und u.a. abhängig von der Lokalisation der Fraktur und der Mobilität des Kindes.

Symptome für intrakranielle Verletzungen sind zumeist unspezifisch und reichen von keinen Symptomen bis zu Verhaltensänderungen, Übelkeit und Erbrechen, Nahrungsverweigerung, Krämpfen, Reizbarkeit, Apnoe oder komatösen Zuständen.

Versorgungsspektrum bei Verletzungen

Die Versorgung von Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen richtet sich nach Art und Ausmaß der Verletzung und ist entsprechend unterschiedlich. Die Therapien reichen von beratenden Maßnahmen über physiotherapeutische Maßnahmen bis zu akuten intensivmedizinischen oder auch chirurgischen Maßnahmen für das Kind oder den Jugendlichen. An die erste Versorgung kann sich eine stationäre oder ambulante Rehabilitation mit oder ohne Personensorgeberechtigte/n anschließen.

Die Art und Dauer der Versorgung bei einer Verletzung lassen sich zumeist erst im Verlauf der Behandlung und Betreuung bestimmen.

Der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht aufgrund von:

- Anamnestischen Angaben (leere oder zweifelhafte Anamnese zur Verletzung)
- Beobachtungen, Angaben und Äußerungen von Kindern oder Jugendlichen (bezeugt oder nicht bezeugt)
- Befunden (wie z.B. körperliche, bildgebende oder Laborbefunde).

Für die Bestätigung einer körperlichen Misshandlung und eines sexuellen Missbrauchs werden die Kriterien nach Maguire und Mann (2013) verwendet.

Abb. 17 Kategorien zur Bestätigung einer Misshandlung oder eines Missbrauchs

Kategorien zur Bestätigung einer Misshandlung oder eines Missbrauchs	
Kategorie	Criteria used to define abuse*
1	Bestätigung der Misshandlung/des Missbrauchs durch eine Fallkonferenz oder ein Zivil- oder Strafgerichtsverfahren oder das Eingeständnis des_r Täters_in <i>Abuse confirmed at case conference or civil or criminal court proceedings or admitted by perpetrator*</i>
2	Bestätigung der Misshandlung/des Missbrauchs durch ein multidisziplinäres Team anhand der spezifischen Befunde <i>Abuse confirmed by stated criteria including multidisciplinary assessment*</i>
3	Spezifische Befunde für eine Misshandlung/einen Missbrauch <i>Abuse defined by stated criteria*</i>
4	Behauptung einer Misshandlung/eines Missbrauchs <i>Abuse stated but no supporting detail given*</i>
5	Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch <i>Suspected abuse*</i>
Die Kategorien 1 & 2 bestätigen die Diagnose einer Misshandlung oder eines Missbrauchs. In der Kategorie 3 wird ein spezifischer Befund einer Misshandlung oder eines Missbrauchs erhoben.	

Mindestens zwei Fachkräfte begründen den Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch und stellen die **Indikation** zur weiteren Diagnostik:

- gezielte Anamneseerhebung
- körperliche bzw. auch anogenitale Untersuchung
- bildgebende Diagnostik
- Funduskopie
- Laboruntersuchungen.

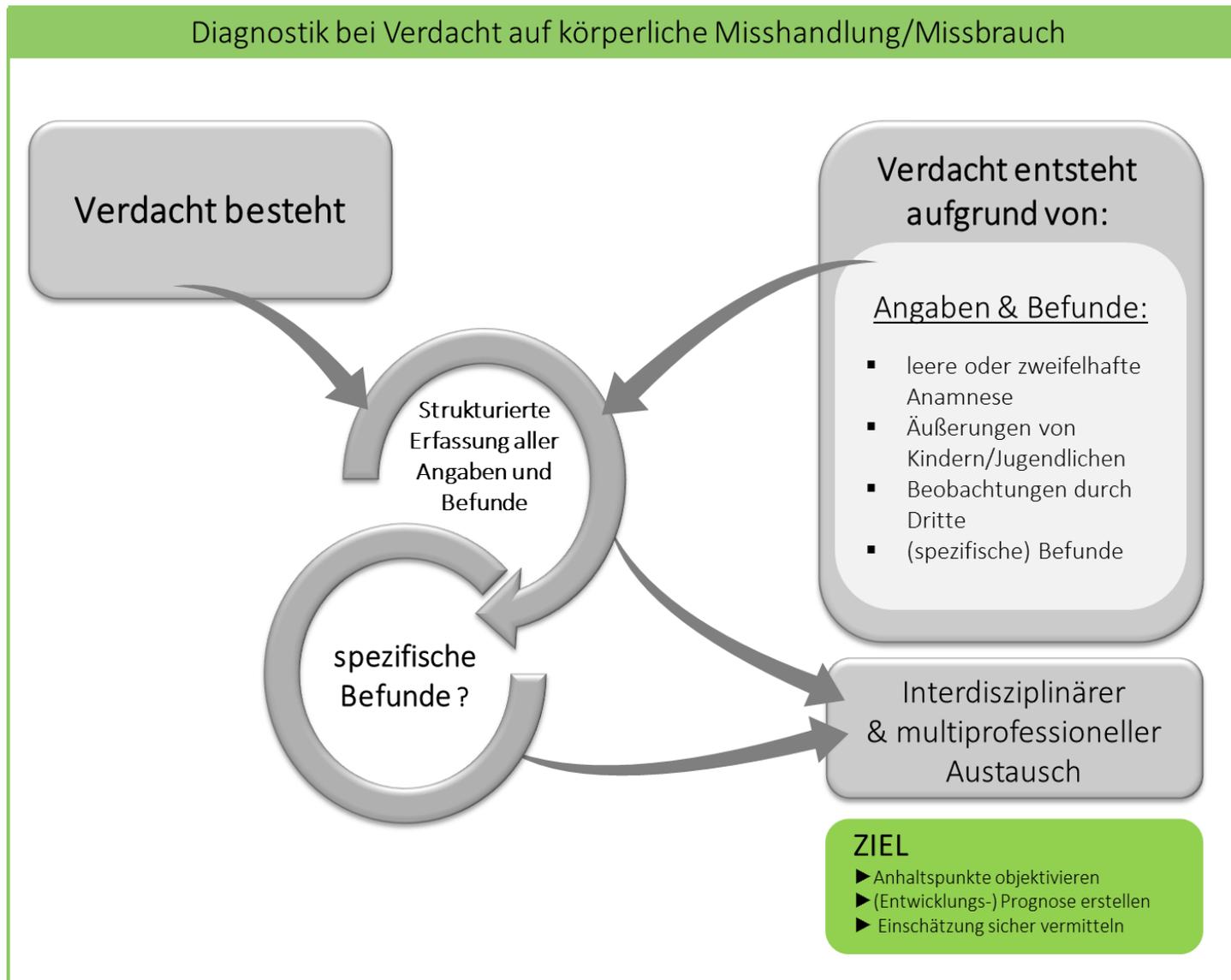


Ziel der Handlungsempfehlungen

- Fachkräfte bei der Diagnostik von Misshandlung/Missbrauch unterstützen
- strukturierte Befunderfassung und Durchführung spezieller Diagnostik
- Benennung verdächtiger und hinweisender Befunde für Misshandlung oder Missbrauch
- interdisziplinäre und multiprofessionelle Abklärung

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Abb. 18 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch



Handlungsempfehlung: Anamnese bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

Nr. 62 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung sollte* in der ausführlichen Anamnese# unter anderem nach dem Auftreten unklarer Hämatome oder weiterer Verletzungen in der Vorgeschichte gefragt werden.	
Quelle: Thorpe et al. 2014 LoE 2+	Empfehlungsgrad B*

Referenz

Thorpe et al. 2014
LoE: 2+

Textauszug

This study aimed to determine the incidence of missed opportunities to diagnose abuse in a cohort of children with healing abusive fractures and to identify patterns present during previous medical visits, which could lead to an earlier diagnosis of abuse.

- 37/77 (48%) of the subjects had at least 1 previous visit.
- 25/77 (33%) of the subjects had at least 1 missed previous visit
- Multiple missed previous visits for the same symptoms were recorded in 7 (25%) of these patients.
- The most common reason for presentation at missed previous visit was a physical examination sign suggestive of trauma (ie, bruising, swelling).
- Missed previous visits occurred across all care settings.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.62

Diese Empfehlung sollte als Grundlage für alle Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf körperliche Misshandlung verwendet werden und ist Teil der ausführlichen Anamnese.



Die **ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese#. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

Die Anamnese bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf körperliche Misshandlung aufgrund einer Verletzung beinhaltet folgende Fragen:

1. Passt die Verletzung zu der aktuellen Anamnese, dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen?
2. Wird die Anamnese immer gleich erzählt?
3. Gibt es eine verzögerte Vorstellung in der Notaufnahme ohne zureichende Erklärung?
4. Gibt es Auffälligkeiten in der Ganzkörperuntersuchung?
5. Gibt es eine (andere) ungeklärte Verletzung in der Anamnese?
6. Sind die Eltern-Kind-Interaktion und das Verhalten der Kinder und Jugendlichen angemessen?

4.4.3 Hämatome und thermische Verletzungen

Bei Kindern mit nicht akzidenteller Verletzung ist die Haut das am häufigsten betroffene Organ. Bis zu 90% der Opfer von körperlicher Misshandlung haben Hautbefunde. Zu den Hautmanifestationen der Misshandlung gehören Hämatome, Schnittwunden, (orale) Verletzungen, Verbrennungen, Verbrühungen, Bissspuren oder auch traumatischer Haarverlust (Kos und Shwayder 2006). Es besteht Einigkeit darüber, dass Hautbefunde zur Dokumentation fotografisch mit zusätzlicher Beschreibung dokumentiert werden sollten, um die Interpretation der Bilder zu verbessern (Melville et al. 2013). Nach Möglichkeit kann auch ein_eine KinderDermatologe_in zur Bewertung der Hautbefunde hinzugezogen werden.

Evidenzlage

Die Evidenz der Handlungsempfehlungen zu misshandlungsverdächtigen Hämatomen und bei Verdacht auf körperliche Misshandlung beruht auf Vergleichsstudien, retro- und prospektiven Kohortenstudien. Die Kohorten und Vergleichsgruppen umfassen sowohl Kinder ohne Verdacht auf eine Misshandlung, Kinder mit Behinderungen, Kinder mit bestätigter oder ausgeschlossener körperlicher Misshandlung als auch Kinder ohne oder mit bestätigter Blutgerinnungsstörung. Die Studien von „Kindern mit blauen Flecken“ werden zum einen aus dem Bereich der Hämostaseologie, zum anderen auch aus dem Bereich der Kinderschutzmedizin betrachtet.

Das Outcome der Studien ist das Erkennen von Größe, Anzahl, Lokalisation und Verteilung von Hämatomen bei Kindern und der jeweiligen Zuordnung der Kohorten bzw. Feststellung der jeweiligen Unterschiede der Kohorten.

Zu dem Outcome, welche Untersuchungen bei Kindern mit Hämatomen durchgeführt werden sollten, ist die Evidenz für die bildgebende Diagnostik anhand zweier Systematic Reviews dargestellt. Für die Blutgerinnungsstörung als Differentialdiagnose zur körperlichen Misshandlung liegen zwar Kohortenstudien vor, die das Auftreten der Hämatome bei Kindern untersuchen, aber nicht zur eindeutigen Klärung beitragen können, bei welchen Kindern der Kohorten zwangsläufig eine Labordiagnostik erfolgen sollte. Zu dieser Fragestellung liegt eine Expertenmeinung vor.

Einige Studien beschäftigten sich auch mit der Frage, inwieweit Hämatome zu erkennen sind bzw. welche Hilfsmittel (z.B. Wood-Lampe, Ultraschall oder Farbkarten) zur Beurteilung zu verwenden sind. Es besteht Einigkeit darüber, dass Hautbefunde zur Dokumentation fotografisch mit zusätzlicher Beschreibung dokumentiert werden sollten, um die Interpretation der Bilder zu verbessern.

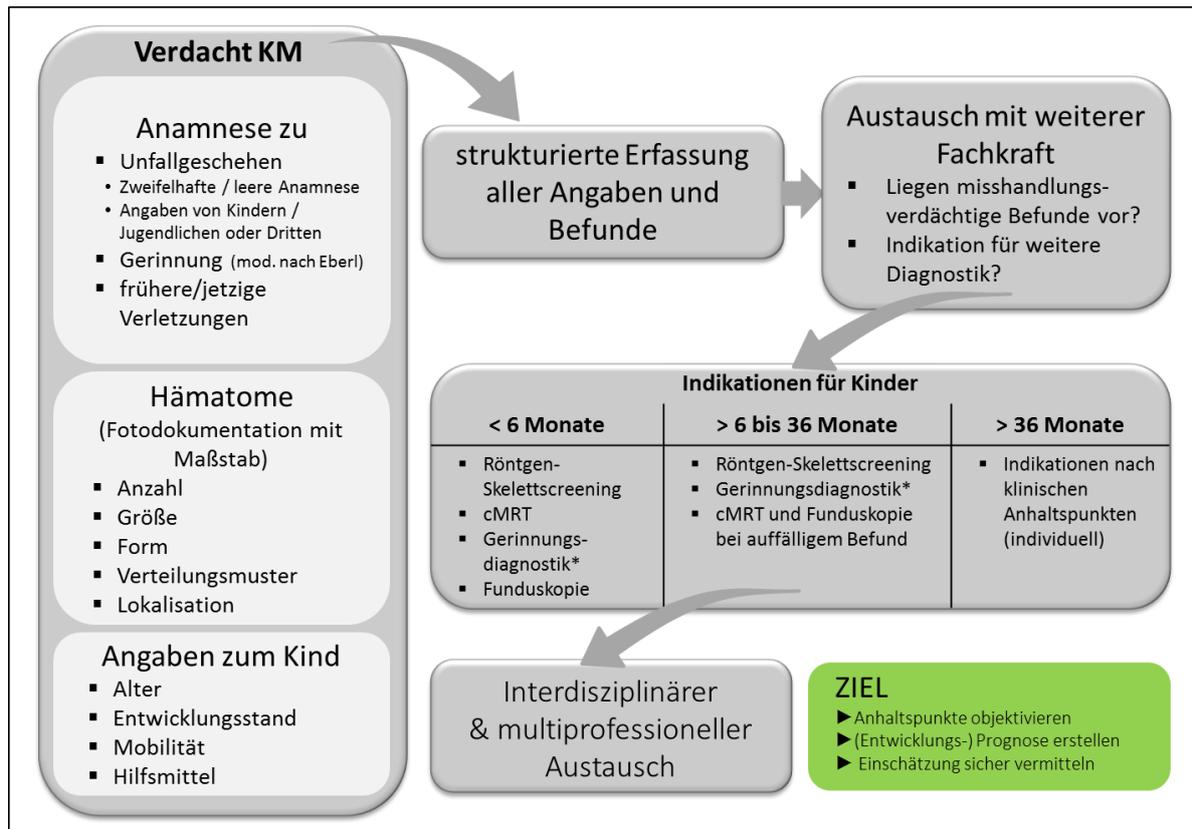
Der Zusammenhang von Misshandlung & Vernachlässigung und thermischen Verletzungen bei Kindern bis 18 Jahre wurde anhand eines systematischen Reviews, einer retrospektiven Studie und eines narrativen Reviews untersucht.

Misshandlungsverdächtige Hämatome

In den folgenden Schaubildern sind die Diagnostik, die Dokumentation und das Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen dargestellt. Anhand von zwei Kohortenstudien sind die Lokalisationen von Hämatomen bei misshandelten und nicht misshandelten Kindern anhand von Körperschemata dargestellt. Die Lokalisationen beziehen sich auf das Alter und Bewegungsspektrum der Kinder.

In den Handlungsempfehlungen wird eine verbreitete standardisierte Gerinnungsanamnese modifiziert nach Eberl in Bidlingmaier et al. (2016) genutzt.

Abb. 19 Dokumentation, Diagnostik und Vorgehen bei Hämatomen



***Gerinnungsanamnese und Durchführung eines stufenweisen Labors**

<ul style="list-style-type: none"> ▪ INR ▪ aPTT ▪ Fibrinogen ▪ Blutbild mit Leukozytendifferenzierung 	<p>→ bei Auffälligkeiten im Labor bzw. bei fehlenden nicht akzidentellen Verletzungen</p>	<p>→ Labordiagnostik erweitern (ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelfaktoren (Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen) ▪ Willebrand Diagnostik (VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe) ▪ Thrombozytenfunktion (siehe AWMF-Leitlinie zur Diagnose von Thrombozytopathien)
---	---	--	---

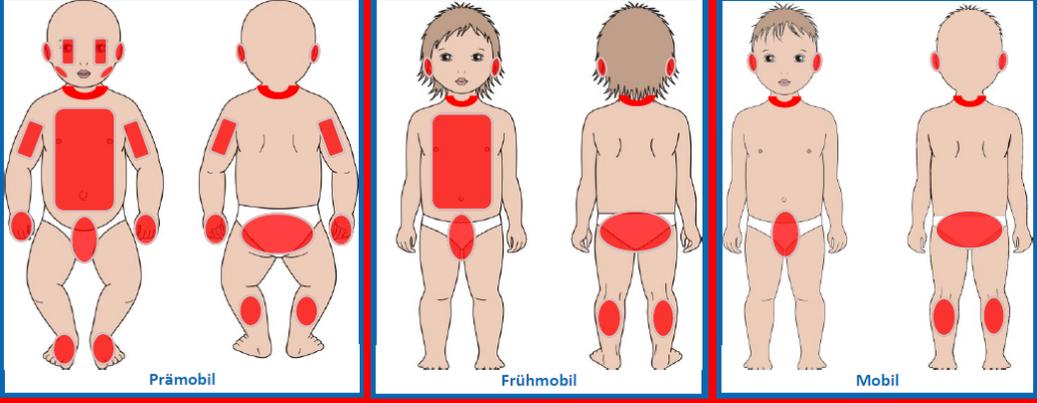
Misshandlungsverdächtige Hämatome bei Kindern

1. geformte Hämatome
2. Hämatome, die in Clustern auftreten
3. Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten
4. jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling
5. Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen
6. Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern

Abb. 20 Verteilungsmuster von Hämatomen (siehe auch Kitteltaschenkarte Hämatome [Anhang 3](#))

Hotspots von Hämatomen für körperliche Misshandlung

Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n = 519 Kindern (siehe Kemp, A.M., et al. Arch Dis Child 2014;99:108–113. doi: 10.1136/archdischild-2013-304339) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (siehe Dunstan, F.D., Z. E. Guildea, K. Kontos, A. M. Kemp, J. R. Sibert. Arch Dis Child 2002; 86: 330–333).





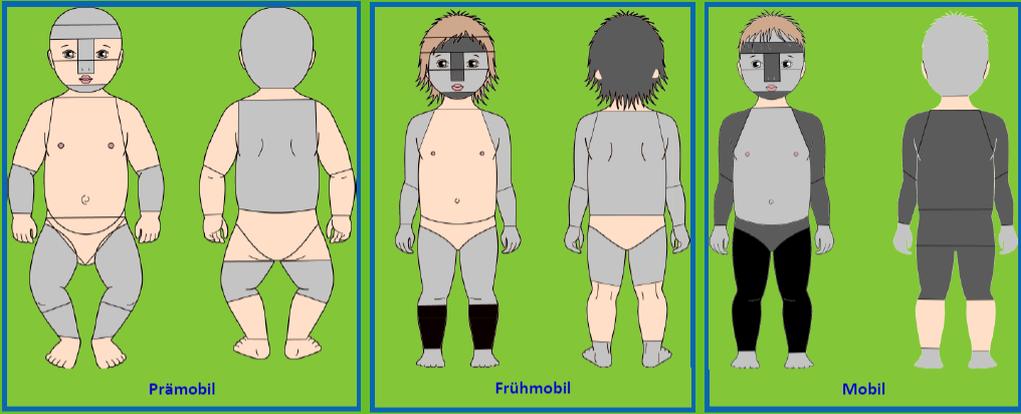
© kinderschutzleitlinie

Achtung! Jedes geformte Hämatom ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- bei einem Säugling, der sich nicht bewegt, ist **jedes Hämatom** auffällig
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich der **Genitalien** zu viel
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Ohr**, des **Halses**, des **Nackens**, der **Waden** und des gesamten vorderen **Thorax** und **Abdomen** zu viel und verdächtig, wenn nicht eine passende Anamnese **erhoben** werden kann
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Pos** sehr selten
- misshandelte Kinder haben durchschnittlich **3 und mehr Hämatome** an mehr als einer Region

Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren

Prozentuale Verteilung von 2.570 Erfassungen von 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3523 Hämatome (siehe Kemp, A.M. et. al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307120).



	≤ 0.2%
	< 5%
	5-15 %
	> 15%



© kinderschutzleitlinie

Achtung! Jedes geformte Hämatom ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- nur 1 von 10 Säuglingen hat ein Hämatom (**prämobile Kinder**)
- 8 von 10 Kindern < 18 Monaten haben ein Hämatom (**frühmobile Kinder**)
- jedes Kind, das laufen kann, hat 1 bis 3 Hämatome, davon **80% an den Schienbeinen** (**mobile Kinder**)

Handlungsempfehlungen: Misshandlungsverdächtige Hämatome

Nr. 63 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen sollen* zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zu Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden (siehe Abb. 19 & Abb. 20).</p> <p>Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen sollen* einer weitergehenden Diagnostik unterzogen werden.</p> <p>Zu misshandlungsverdächtigen Hämatomen gehören geformte Hämatome, Hämatome, die in Clustern auftreten, und Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten.</p> <p>Weiterhin gehören dazu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen ▪ Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern ▪ jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling. ▪ Bei fehlendem oder unklarem Entstehungsmechanismus der Hämatome soll* die Eigen- und Familienanamnese in Bezug auf eine mögliche Gerinnungsstörung erhoben werden. ▪ Bei fehlenden Hinweisen auf eine Gerinnungsstörung und auffälligen Hämatomen soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. <p>Der Ausschluss beziehungsweise die Feststellung einer körperlichen Misshandlung soll* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe, siehe Handlungsempfehlung Nr. 16) erfolgen.</p>	
<p>Quelle: Anderst 2013; Harper et al. 2014; Kemp et al. 2014b; LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2013; Maguire et al. 2005</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz

Textauszug

Anderst 2013
LoE: 4

Children with ICH concerning for abuse require an evaluation for bleeding disorders. Exceptions to required evaluation can include the following: Independently witnessed or verifiable trauma (abusive or nonabusive), Other findings consistent with abuse, such as fractures, burns, or internal abdominal trauma.

Harper et al. 2014
LoE: 2+

The ExSTRA research network abstracted data for 2890 index children, the demographics of which have been published elsewhere.²⁴ Of the initial cohort, 33.9% (980/2890) were <6 months of age. Of these, 25.9% (254/980) had bruises and underwent blinded review to determine whether the abuse evaluation was undertaken for apparently isolated bruising. Independent blinded review resulted in initial agreement of 86.2% (219/254) between reviewers (kappa = 0.72) a level generally thought to represent substantial agreement.²⁹ After resolution of disagreement by consensus,

<p>Kemp et al. 2014b LoE: 2+</p>	<p>57.5% (146/254) were determined to have presented apparently for isolated bruising.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ In a population of children with suspected physical abuse (PA), the prevalence, number, and characteristics of bruises vary significantly between children with PA and those where PA is excluded. ▶ The odds of a bruise on the buttocks or genitalia, cheeks, neck, trunk, head, front of thighs, upper arms were significantly greater in children with PA than in children with PA-excluded. ▶ Petechiae, linear or bruises with distinct pattern, bruises in clusters, additional injuries or a child known to social services for previous child abuse concerns were significantly more likely in PA.
<p>Maguire et al. 2005 LoE: 2++</p>	<p><i>Non-abusive: The prevalence, number, and location of bruises is related to increased motor development. Bruising in non-independently mobile babies is very uncommon (1%). Seventeen per cent of infants who are starting to mobilise, 53% of walkers, and the majority of schoolchildren have bruises. These are small, sustained over bony prominences, and found on the front of the body.</i></p> <p><i>Abuse: Bruising is common in children who are abused. Any part of the body is vulnerable. Bruises are away from bony prominences; the commonest site is head and neck (particularly face) followed by the buttocks, trunk, and arms. Bruises are large, commonly multiple, and occur in clusters. They are often associated with other injury types that may be older. Some bruises carry the imprint of the implement used.</i></p>
<p>Maguire et al. 2013 LoE: 2++</p>	<p><i>Included studies noted that unintentional bruises occur predominantly on the front of the body, over bony prominences and their presence is directly correlated to the child's level of independent mobility.</i></p> <p><i>Bruising patterns in abused children, differed in location (most common site being face, neck, ear, head, trunk, buttocks, arms), and tended to be larger.</i></p>

Nr. 64 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 63) soll* Folgendes fotografiert bzw. dokumentiert werden:

- Anzahl, Größe und Verteilungsmuster der Hämatome (Übersicht, Ausschnitt und Detailfotografie unter Zuhilfenahme eines fotomakrografischen Winkellineals)
- Mobilität des Kindes (prä-, frühmobil oder mobil)
- Angaben zu besonderen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen.

Quelle: Anderst et al. 2013; Collins et al. 2016; Kemp et al. 2015;

LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2005

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Anderst 2013

LoE: 4

Bruising or bleeding in a child can raise the concern for child abuse. Assessing whether the findings are the result of trauma and/or whether the child has a bleeding disorder is critical. Many bleeding disorders are rare, and not every child with bruising/bleeding concerning for abuse requires an evaluation for bleeding disorders. In some instances, however, bleeding disorders can present in a manner similar to child abuse. The history and clinical evaluation can be used to determine the necessity of an evaluation for a possible bleeding disorder, and prevalence and known clinical presentations of individual bleeding disorders can be used to guide the extent of the laboratory testing. This clinical report provides guidance to pediatricians and other clinicians regarding the evaluation for bleeding disorders when child abuse is suspected.

Collins et al. 2016

LoE: 2+

Children with bleeding disorders had more and larger bruises, especially when premobile. Compared with premobile children without a bleeding disorder; the modelled ratio of means (95% CI) for number of bruises/collection was 31.82 (8.39 to 65.42) for severe bleeding disorders and 5.15 (1.23 to 11.17) for mild/moderate, and was 1.81 (1.13 to 2.23) for size of bruises. Children with bleeding disorders rarely had bruises on the ears, neck, cheeks, eyes or genitalia.

Kemp et al. 2015

LoE: 3

The prevalence of bruising in the first collection for each child [without suspected physical abuse] was 5.3% in premobile, 55.8% in early mobile and 87.5% in walking children.

The most common sites for bruises in premobile and early mobile children were below the knees, the 'facial T' and head.

Maguire et al. 2005

LoE: 2++

A bruise must never be interpreted in isolation and must always be assessed in the context of medical and social history, developmental stage, explanation given, full clinical examination, and relevant investigations.

Nr. 65 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und misshandlungsverdächtigen Hämatomen sollte* zusätzlich zu Handlungsempfehlung Nr. 64 Folgendes dokumentiert werden:

1. Mobilitätsstatus (z.B. rollstuhlpflichtig oder bettlägerig)
2. Muskeltonus
3. Hilfsmittelversorgung
4. Kognitive Fähigkeiten.

Quelle: Goldberg et al. 2009; Maguire et al. 2005; Maguire et al.
LoE 2++ bis 2- 2013

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Goldberg et al. 2009

LoE: 2-

Overall, our subjects were more likely to have at least 1 bruise noted than nondisabled children from a comparable study. There was no significant relationship between the number of bruises and functional mobility, self-care, cognition, or muscle tone. The bruising locations in our study group were different from those of nondisabled children. However, in both groups bruises were rarely found on the neck, ears, chin, anterior chest, or buttocks

Maguire et al. 2005

LoE: 2++

A bruise must never be interpreted in isolation and must always be assessed in the context of medical and social history, developmental stage, explanation given, full clinical examination, and relevant investigations.

Maguire et al. 2013

LoE: 2++

We also highlighted that there was not a single study of bruising patterns in disabled children, which was a significant gap, given their increased vulnerability to abuse

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.65

Bei Kindern und Jugendlichen sollten neben ihrem Alters- und Entwicklungsstand auch ihre körperlichen, geistigen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen bei der Beurteilung von Hämatomen berücksichtigt werden.

Nr. 66 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 6 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen soll* eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen und nach okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlungen Nr. 83 & Nr. 85) und einer Magnetresonanztomographie (cMRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz (siehe Handlungsempfehlung Nr. 73) gesucht werden.

Quelle: Harper et al. 2014; Kemp et al. 2014b
LoE 2+

Empfehlungsgrad A*

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Tipp zum effizienten praktischen Vorgehen im Alltag: Planung der Untersuchung und Lagerung des Kindes als MRT von Schädel und Wirbelsäule. Bei normalem intrakraniellen Befund kann die Untersuchung der Wirbelsäule unterbleiben. Diese Entscheidung soll durch einen erfahrenen Untersucher erfolgen.

Referenz

Harper et al. 2014
LoE: 2+

Textauszug

Among 2890 children, 33.9% (980/2890) were <6 months old, and 25.9% (254/980) of these had bruises identified.

Within this group, 57.5% (146/254) had apparently isolated bruises at presentation.

- *Computed tomography (CT) and/or magnetic resonance imaging of the brain were completed in 91.1% (133/146) of subjects, of whom 27.4% (40/133) had a new injury identified.*

- *Among the 146 subjects, SS was performed in 93.8% (137/146) with new fractures identified in 23.3% (34/137).*

- *Skeletal surveys identified new injury in 23.3% (34/146), neuroimaging identified new injury in 27.4% (40/146), and abdominal injury was identified in 2.7% (4/146). Overall, 50% (73/146) had at least one additional serious injury.*

- *Diagnostic testing for bleeding disorders was completed in 70.5% (103/146) of subjects. Testing was significantly more likely to be ordered for subjects with 2 or more bruises than for subjects with a single bruise (83.3% vs 46.0%, OR 5.87, 95% CI, 2.53-13.74).*

- *Although testing for bleeding disorders was performed in 70.5% (103/146), no bleeding disorders were identified. Ultimately, 50% (73/146) had a high perceived likelihood of abuse.*

Kemp et al. 2014b
LoE: 2+

Eighty-eight (25.2%) of the physical abused children had additional injuries compared to 10% (16/156) of PA-excluded group (OR 2.9 (95% CI 1.7 to 5.2).

Nr. 67 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern > 6 bis 36 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen und begründetem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung sollen* sowohl Blutgerinnungsstörungen ausgeschlossen als auch nach weiteren okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlung Nr. 83 & Nr. 85) gesucht werden.

Quelle: Kemp et al. 2014b

LoE 2+

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2014b

LoE: 2+

Textauszug

Eighty-eight (25.2%) of the physical abused children had additional injuries compared to 10% (16/156) of PA-excluded group (OR 2.9 (95% CI 1.7 to 5.2)).

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen Nr. 66 & Nr. 67

In den Handlungsempfehlungen werden Kinder mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen beschrieben, wobei die Evidenz für die beiden beschriebenen Altersgruppen unterschiedlich ist. Daraus ergeben sich neben dem Ausschluss einer Blutgerinnungsstörung (gilt für beide Altersgruppen) unterschiedliche Indikationen für die bildgebende Diagnostik (Durchführung eines cMRT mit/ohne MRT der WS).

Kinder < 6 Monate: Rö-SS und cMRT

Kinder > 6 Monate bis 36 Monate: Rö-SS und cMRT (bei Vorliegen okkulten Verletzungen)

Nr. 68 KKP

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Hämatomen soll* eine standardisierte Blutgerinnungsanamnese¹ erhoben werden; bei Hinweisen auf eine Blutgerinnungsstörung soll* eine hämostaseologische Referenz hinzugezogen und die weitere Gerinnungsdiagnostik abgestimmt werden.

¹z.B. standardisierte Anamneserhebung modifiziert nach Eberl

Fremdanamnese des Kindes

- Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?
- Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken auf, auch an ungewöhnlichen Stellen?
- Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?
- Wurde Ihr Kind schon mal operiert?
- Kam es beim Zahnwechsel oder Zahnziehen zu längerem oder anhaltendem Bluten?
- Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder -produkte erhalten?
- Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel wie z.B. Aspirin eingenommen?
- Bekommt Ihr Kind überhaupt Medikamente, z.B. Valproat, Marcumar, ...?
- Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?

Familienanamnese (Mutter und Vater getrennt)

- Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?
- Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, auch ohne sich zu stoßen?
- Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei Schnittwunden (z.B. Rasieren) länger nachbluten?
- Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?
- Gab es bei Ihnen beim Zahnziehen längere oder verstärkte Nachblutungen?
- Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder -produkte erhalten?
- Gibt oder gab es bei Ihnen in der Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung, z.B. auch nach Operationen oder Geburten?

Zusatzfragen für die Mutter

- Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert ist oder war?
- Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?

Cave: Zusätzlich soll nach bereits bekannten Blutungserkrankungen und Voruntersuchungen gefragt werden.

Quelle: Jackson et al. 2015

LoE 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Jackson et al. 2015
LoE: 3

Textauszug

Of 369 subjects, 275 were referred to CAP and 94 to Hematology. Clinical exam findings were similar in both groups. Hematology referrals were significantly more likely to have laboratory evaluations. Among those referred to CAP, 9.5% had head computed tomography scans and 27.3% had skeletal surveys. No children referred to Hematology had these imaging studies performed. Hematology never diagnosed child physical abuse, and CAP never diagnosed bleeding disorders. Pediatric hematologists and

CAPs perform different evaluations and reach different diagnostic conclusions for similar patients with bruising. Further investigation of these practice patterns is warranted.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.68

Studien von „Kindern mit blauen Flecken“ werden zum einen aus dem Bereich der Hämostaseologie, zum anderen auch aus dem Bereich der Kinderschutzmedizin betrachtet. Einigkeit herrscht darin, dass eine standardisierte Anamnese essentiell ist, um sowohl eine mögliche Gerinnungsstörung als auch eine mögliche Kindesmisshandlung zu beurteilen. Ein Beispiel für eine standardisierte Gerinnungsanamnese ist in der Handlungsempfehlung benannt.

Die weitere Diagnostik beinhaltet eine Labordiagnostik, die anhand der Befunde stufenweise durchgeführt werden kann.

Gerinnungsanamnese und Durchführung eines stufenweisen Labors

<ul style="list-style-type: none"> ▪ INR ▪ aPTT ▪ Fibrinogen ▪ Blutbild mit Leukozytendifferenzierung 	➔	<p>bei Auffälligkeiten im Labor bzw. bei fehlenden nicht akzidentellen Verletzungen</p>	➔	<p>Labordiagnostik erweitern (ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen)</p>	➔	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelfaktoren (Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen) ▪ Willebrand Diagnostik (VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe) ▪ Thrombozytenfunktion (siehe AWMF-Leitlinie zur Diagnose von Thrombozytopathien)
---	---	---	---	--	---	---

Kommentar der Ständigen Kommission Pädiatrie der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH):

„Liegen misshandlungsverdächtige Blutungen vor und fehlen misshandlungstypische Begleitverletzungen muss die erweiterte Gerinnungsdiagnostik häufige, aber auch seltene Gerinnungsstörungen erfassen. Die Seltenheit einiger Erkrankungen, wie z.B. die im Bereich der Thrombozytenfunktion, kann aus kinderhämostaseologischer Sicht kein Argument zum Verzicht auf die Untersuchung einiger Gerinnungsparameter darstellen. Die Bestimmung der Gerinnungsglobalteste (Quick und aPTT), des Blutbildes und der Leukozytendifferenzierung sind in der Regel vor Ort möglich. Damit lassen sich einige schwere und mittelschwere plasmatische Gerinnungsstörungen, wie die Hämophilie A und B sowie eine Thrombozytopenie, jedoch nicht das Von-Willebrand-Syndrom als häufigste angeborene hämorrhagische Gerinnungsstörung und seltene Koagulopathien, wie der Faktor XIII-Mangel und die Thrombozytenfunktionsstörungen ausschließen [Bidlingmaier 2012, Newman 2002]. Daher muss eine weiterführende Diagnostik mit Messung von Gerinnungseinzelfaktoren, der Von-Willebrand-Faktor-assoziierten Parameter und der Thrombozytenfunktion erfolgen. Die Durchführung der Thrombozytenfunktionsdiagnostik stellt allerdings keine Routinediagnostik dar, denn diese Methoden sind aufgrund der apparativen Ausstattung und der notwendigen Erfahrung speziellen Gerinnungslaboratorien vorbehalten (s.a. AWMF-S2k-Leitlinie mit update in 2018). Sind Parameter vor Ort nicht bestimmbar, kann bei Einhaltung von kurzen Transportzeiten oder dem Versand von eingefrorenem Plasma der Versand in ein erfahrener externes Gerinnungslabor erfolgen. Alternativ ist auch die Vorstellung des Patienten in einem externen pädiatrischen Gerinnungszentrum möglich (Verzeichnis dieser Zentren auf der Webseite www.kinderblutkrankheiten.de mit dem Link zur GTH).“

Thermische Verletzungen

Bei dem Großteil thermischer Verletzungen handelt es sich um Verbrühungen, deren Unfallhergang bei der Vorstellung des Kindes klar beschrieben wird. Verbrühungen werden ursächlich durch heiße Flüssigkeit hervorgerufen im Gegensatz zu Verbrennungen, deren Ursache eher einer Brandquelle zuzuordnen ist.

Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verbrühungs- oder Verbrennungsmuster oder können auch keine Angaben zu einer Verletzung gemacht werden, ist von einer unklaren thermischen Verletzung auszugehen. Bei unklaren thermischen Verletzungen ist der Anteil an Kindesmisshandlung hoch. Beigebrachte thermische Verletzungen stellen eine schwere Form der körperlichen Misshandlung dar. Entsprechend sollen unklare thermische Verletzungen in Hinblick auf eine körperliche Misshandlung interdisziplinär und multiprofessionell abgeklärt werden. Dabei ist auch zu klären, inwieweit z.B. eine Begehung des Unfallortes zur Beurteilung des Unfallherganges notwendig ist. In Einzelfällen kann eine Meldung an die Polizei als Ermittlungsbehörde sinnvoll sein.

„Ca. 10 % (2-20 %) der nachgewiesenen Kindesmisshandlungen werden durch Verbrennungen oder Verbrühungen verursacht; 1,5-10 % aller pädiatrischer thermischen Verletzungen sind auf Misshandlungen zurückzuführen (Kumar P 1984; Dressler D.P. und Hozid J. L. 2011). Prinzipiell verdächtig auf misshandlungsbedingte thermische Verletzungen sind: Immersionsverletzungen der Extremitäten mit Handschuh-/Strumpfmuster oder des Gesäßes; isolierte Verbrühungen des Gesäßes/des Perineums mit scharfen Begrenzungen nach cranial; das Vorliegen zusätzlicher Verletzungen ohne Bezug zur Verbrühung; inkompatible Anamnese; Kontaktverbrennungen mit scharf begrenzten geometrischen Mustern; multiple Verbrennungen an unterschiedlichen Körperstellen.

Ergibt die Befunderhebung den Verdacht der Kindesmisshandlung, ist eine Kinderschutzgruppe einzuschalten und nach entsprechenden gesetzlichen Richtlinien zu verfahren. Die spezialisierten Kliniken und Zentren für Schwerbrandverletzte Kinder sollten mit einer Kinderschutzgruppe kooperieren.“

Auszug der AWMF-S2k-Leitlinie 006-128:

Behandlung thermischer Verletzungen im Kindesalter (Verbrennungen, Verbrühungen), gültig bis 29.04.2020



Strukturierte Befunderhebung und (Foto-)Dokumentation bei jeder thermischen Verletzung

(adaptiert (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017e) and (Maguire et al. 2008))

- Vorstellungsart des Kindes (Von wem, zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Dringlichkeit erfolgt die Vorstellung der Kinder/Jugendlichen?)
- Unfallanamnese (Erfassung der Schilderung von Kindern/Jugendlichen selbst, der Begleitung bzw. dem/der Ersthelfer/-in)
- Ursache (Welche Ursache wie Flüssigkeit oder anderer Auslöser der Verletzung wird benannt?)
- Muster (regelmäßig/unregelmäßig; symmetrisch/unsymmetrisch; Demarkationslinien?)
- Lokalisation (Cave: Rücken, Anogenitalregion, Akren)
- Weitere Verletzungszeichen (jetzige und frühere Anamnese)
- Anzeichen für Häusliche Gewalt



Zigaretten, Bügeleisen, Haartrockner oder Haushaltsheizgeräte werden als häufige Ursachen bei **misshandlungsbedingten Verbrennungen** benannt (adaptiert (Bhatia et al. 2014; Kemp et al. 2014)) und haben charakteristische Formen. Die Fotodokumentation mit Maßstab ist obligat.

Handlungsempfehlungen: Thermische Verletzungen

Nr. 69 KKP mit Plausibilitätsnachweis	Konsens (90%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen soll* der geschilderte Unfallhergang bei jeder thermischen Verletzung dokumentiert werden.</p> <p>Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verletzungsmuster, soll* von einer unklaren thermischen Verletzung (Verdacht auf eine Kindesmisshandlung) ausgegangen werden.</p> <p>In diesem Fall soll* neben der medizinischen Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) die Mitteilung an das Jugendamt erfolgen und ggf. die Polizei hinzugezogen werden, um notwendige Ermittlungen zum tatsächlichen Unfallhergang zu ermöglichen.</p>	
<p>Quelle: Kemp et al. 2014a; Maguire et al. 2008; Peck et al. 2002 LoE 2++ bis 3</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz

Textauszug

Kemp et al. 2014a
LoE: 2++

Red flags' that should raise the suspicion of physical abuse in a child with a burn

- *An allegation of intentional injury or an unexplained burn or where the explanation is incompatible with the injury*
- *Clearly demarcated burn in the shape of the agent used*
- *Contact burn in a location that is not consistent with a child touching a hot item unintentionally (e.g. trunk, back)*
(unintentional burns characteristically affect the palms of the hands or fingers)
- *Single or multiple circular, deep-cratered burns consistent with cigarette burns*
- *Multiple non-scald burns*
- *Burns co-existent with other injuries*

Medical investigation of suspected child abuse by burning can be performed systematically using an algorithm, thereby minimizing the chance of either false-positive or false-negative reporting.

Maguire et al. 2008
LoE: 2++

Prototype triage tool for diagnosis of intentional scalds contains: 1. Clinical features: associated unrelated injuries, history incompatible with examination findings, co-existing fractures 2. Historical/Social features: passive, introverted, fearful child, previous abuse, domestic violence, numerous prior accidental injuries, siblings blamed for scalds.

If uncertainty about causality remains, a home visit and/or consideration for forensic scene examination can provide valuable information to validate explanations, offer opportunity for preventative advice or contribute further to diagnostic surety.

Nr. 70 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (82%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit unklaren thermischen Verletzungen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 69) sollen* folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Liegen weitere Verletzungen (z.B. Frakturen) vor?
- Sind vorherige Verletzungen oder Misshandlungen bekannt?
- Liegt Häusliche Gewalt vor?
- Werden Geschwister für die Verletzung verantwortlich gemacht?

Positiv beantwortete Fragen verdichten den Verdacht auf eine körperliche Misshandlung.

Quelle: Maguire et al. 2008

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Maguire et al. 2008

LoE: 2++

Textauszug

Characteristics of the child that were positively associated with intentional scalds were a passive, introverted, fearful child, a past history of frequent unintentional injuries, or physical abuse, domestic violence within the household or a sibling blamed for causing the injury.

Nr. 71 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Konsens (93%)

Bei Kindern und Jugendlichen sollte* die Frage nach Vernachlässigung bei jeder thermischen Verletzung als Ursache der Verbrühung/Verbrennung multiprofessionell (z.B. nach OPS 1-945) eingeschätzt und geklärt werden.

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

Quelle: Chester et al. 2006; Maguire et al. 2008

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Chester et al. 2006

LoE: 3

Textauszug

This study shows that burning by neglect is far more prevalent than abuse. We advocate a multidisciplinary investigation coupled with the use of home assessments to aid diagnosis. It may be possible to target preventative strategies on the children with the above risk factors.

Neglect is even more difficult to assess given that there are varying levels of intent, from the transient neglect in an otherwise harmonious family, to repeated and more deliberate neglect.

According to Gregg, "the physician must regard every injured child as possibly abused and as a potentially reportable case". [Gregg, G.S. Physician, child-abuse reporting laws, and injured child psychosocial anatomy of childhood trauma. Clin Pediatr (Phila) 1968; 7:720-5]

Maguire et al. 2008

LoE: 2++

Abusive scalds due to neglect outnumber those due to intentional injury by a factor of 9:1.

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen Nr. 69 & Nr. 70 & Nr.71

Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum angegebenen Agens, zum Muster und zur Verteilung der Verletzung, ist von einer unklaren thermischen Verletzung auszugehen. Bei unklaren thermischen Verletzungen ist der Anteil an Kindesmisshandlung hoch. Beigebrachte thermische Verletzungen stellen eine schwere Form der körperlichen Misshandlung dar.

Entsprechend sollen unklare thermische Verletzungen in Hinblick auf eine körperliche Misshandlung interdisziplinär und multiprofessionell abgeklärt werden. Anhand der anamnestischen Angaben und Befunde soll geklärt werden, ob ein Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht und welche diagnostischen Schritte eingeleitet werden sollen, wann das Gespräch mit Kindern und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten stattfinden soll und zu welchem Zeitpunkt das Jugendamt eingebunden werden soll. Dabei ist auch zu klären, inwieweit z.B. eine Begehung des Unfallortes zur Beurteilung des Unfallherganges notwendig ist. In Einzelfällen kann eine Meldung an die Polizei als Ermittlungsbehörde sinnvoll sein.

Tab. 7 Wahrscheinlichkeit einer nicht akzidentellen thermischen Verletzung

Wahrscheinlichkeit einer nicht akzidentellen thermischen Verletzung			
Quelle: adaptiert (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017e)			
	wahrscheinlich	möglich	unwahrscheinlich
Mechanismus	<ul style="list-style-type: none"> Immersion 		<ul style="list-style-type: none"> Unfall durch verschüttete Flüssigkeit Unfall durch fließendes Wasser
Agens	<ul style="list-style-type: none"> heißes Leitungswasser 		<ul style="list-style-type: none"> heiße Flüssigkeit, die nicht Leitungswasser ist
Muster	<ul style="list-style-type: none"> abgrenzbare obere Linie symmetrische Verbrühung (Extremitäten) 	<ul style="list-style-type: none"> gleichmäßige Verbrühungstiefe Schonung der Hautfalten Aussparung des zentralen Gesäßes 	<ul style="list-style-type: none"> unregelmäßige Begrenzung und Tiefe fehlendes Muster
Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> isolierte Verbrühung von Gesäß/Perineum +/- untere Extremitäten isolierte Verbrühung der unteren Extremitäten 	<ul style="list-style-type: none"> Handschuh- und Strumpfverteilung oder auch nur rein ein Glied betreffend 	<ul style="list-style-type: none"> asymmetrische Beteiligung der unteren Extremitäten Gesicht, Hals und Oberkörper betreffend
Klinische Zeichen	<ul style="list-style-type: none"> weitere Verletzung, unabhängig von der Verbrühung/Verbrennung klinische Zeichen stimmen mit den Angaben nicht überein zusätzlich auftretende Frakturen 	<ul style="list-style-type: none"> vorherige Verbrennung/Verbrühung körperliche Vernachlässigung widersprüchliche Geschichte im Verlauf 	
Anamnestische Zeichen	<ul style="list-style-type: none"> Passives, introvertiertes, ängstliches Kind vorherige Misshandlung Häusliche Gewalt zahlreiche vorherige Verletzungen und Unfälle Geschwister werden für die Verbrühung verantwortlich gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> Anzeichen für Vernachlässigung unterschiedliche Angaben Mangel an elterlicher Sorge Vorstellung des Kindes erfolgt durch einen Erwachsenen ohne Verwandtschaftsgrad Kind ist dem Sozialen Dienst bekannt 	

4.4.4 Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen

Die bildgebende Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung umfasst das Röntgen-Skelettscreening, die MRT von Schädel und Wirbelsäule, eine CT des Schädels oder auch die Sonographie. Die Empfehlungen beinhalten eine strukturierte Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelle Verletzungen wie okkulte Frakturen, nicht akzidentelles Schädelhirntrauma oder viszerale Verletzungen.



- Durchführung einer strukturierten Diagnostik
- Indikationen zur bildgebenden Diagnostik bei begründetem Verdacht auf eine Misshandlung
- Darstellung von Befunden nicht akzidenteller Verletzungen

Anmerkungen zur Befundung der Bildgebung

Die GPR empfiehlt zur Beurteilung der Bildgebung, insbesondere jedes angefertigten Skelettstatus, eine Doppelbefundung, ggf. unabhängig voneinander durch zwei in der Beurteilung misshandlungsbedingter Verletzungen erfahrene (Kinder)Radiologen_innen durchführen zu lassen (Zweitbefundung).

Auf der GPR-Internetpräsenz (<https://www.kinder-radiologie.org/>) sind Schwerpunkt-Kinderradiologien ersichtlich; Adressen können bei den jeweiligen Landesärztekammern erfragt werden.

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Evidenzlage

Die aktuelle Evidenz der bildgebenden Diagnostik und nicht akzidenteller Verletzungen ergibt sich aus Systematic Reviews, retro- und prospektiven Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien und Fallserien, wobei der Großteil der eingeschlossenen Literatur aus qualitativ guten Systematic Reviews besteht, die mit dem Level of Evidence von 2++ bewertet wurden. Die Systematic Reviews nutzen als Einschlusskriterium für die Studien eine Kategorisierung zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung. Als Grundlage dient hier zumeist die Einteilung nach (Maguire et al. 2015).

Abb.17 Kategorien zur Bestätigung einer Misshandlung oder eines Missbrauchs

Kategorien zur Bestätigung einer Misshandlung oder eines Missbrauchs	
Kategorie	Criteria used to define abuse*
1	Bestätigung der Misshandlung/des Missbrauchs durch eine Fallkonferenz oder ein Zivil- oder Strafgerichtsverfahren oder das Eingeständnis des_r Täters_in <i>Abuse confirmed at case conference or civil or criminal court proceedings or admitted by perpetrator*</i>
2	Bestätigung der Misshandlung/des Missbrauchs durch ein multidisziplinäres Team anhand der spezifischen Befunde <i>Abuse confirmed by stated criteria including multidisciplinary assessment*</i>
3	Spezifische Befunde für eine Misshandlung/einen Missbrauch <i>Abuse defined by stated criteria*</i>
4	Behauptung einer Misshandlung/eines Missbrauchs <i>Abuse stated but no supporting detail given*</i>
5	Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch <i>Suspected abuse*</i>

Die Kategorien 1 & 2 bestätigen die Diagnose einer Misshandlung oder eines Missbrauchs. In der Kategorie 3 wird ein spezifischer Befund einer Misshandlung oder eines Missbrauchs erhoben. Mindestens zwei Fachkräfte begründen den Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch und stellen die Indikation zur weiteren Diagnostik:

- gezielte Anamneseerhebung,
- körperliche bzw. auch anogenitale Untersuchung,
- bildgebende Diagnostik,
- Funduskopie,
- Laboruntersuchungen.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Die Mehrzahl der Studienteilnehmer bilden Kinder in der Altersgruppe bis zu fünf Jahre, die zur stationären Abklärung aufgrund einer Verletzung bzw. einer nicht akzidentellen Verletzung behandelt und untersucht werden. Es liegt eine höhere Evidenz für Kinder bis drei Jahre bzw. zwei Jahre vor. Es liegt eine Evidenz zu folgenden Verletzungen und bildgebenden Verfahren inklusive des Röntgen-Skelettscreenings (Rö-SS) vor:

Nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)

- Signifikant häufig auftretende nicht akzidentelle intrakranielle Verletzungen sind subdurale Blutungen, parenchymatöse Scherverletzung oder ein diffuser axonaler Schaden.
- Die Sensitivität für neuroradiologische Befunde ist in der MRT höher als in der craniellen Computertomographie (cCT).
- cCT ist nur als Diagnostik im Notfall geeignet.
- Es liegen keine Studien zu speziellen MRT-Sequenzen wie der suszeptibilitätsgewichteten (SWI) vor, diese werden jedoch in den Studien vorausgesetzt.
- Es besteht eine signifikante Assoziation mit NASHT bei subduralen Blutungen, zerebraler Diffusionsstörung, retinalen Blutungen, Schädelfrakturen mit intrakraniellen Verletzungen, metaphysären Frakturen, Frakturen der langen Röhrenknochen, Rippenfrakturen, Krampfanfällen, Apnoe und fehlender bzw. zweifelhafter Anamnese.
- Es liegen keine Studien zur sonografischen Diagnostik bei Kindern mit Verdacht auf körperliche Misshandlung vor, insbesondere nicht für die Untersuchung der Orbita.

Röntgen-Skelettscreening (Rö-SS)

- Die Durchführung eines strukturierten Rö-SS erhöht die Detektionsrate okkulten Frakturen.
- Die Durchführung schräger Röntgen-Thoraxaufnahmen beim initialen SS erhöht die Detektionsrate von Rippenfrakturen.
- Eine Wiederholung der Röntgen-Thoraxaufnahmen nach zwei Wochen erhöht die Detektionsrate von Rippenfrakturen.
- Es besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung (Odds Ratio > 1) bei Vorliegen folgender Frakturen: Rippenfrakturen, Femurfrakturen, Frakturen der Unterarme und der Unterschenkel.
- Frakturen der Wirbelsäule und des Beckens treten selten isoliert auf.
- Frakturen an Händen/Fingern und Füßen/Zehen treten häufig in Kombination mit anderen Frakturen auf.

Frakturtypen und -lokalisierung

- Für bestimmte Frakturen (im Bereich der Rippen, Unterarm, Ober- und Unterschenkel) wurde anhand einer Metaanalyse eine erhöhte Wahrscheinlichkeit berechnet (Odds Ratio > 1), dass diese Frakturen nicht Folge eines Unfalles sind.

Verletzungen der Halswirbelsäule und des Beckens

- Bei nicht akzidentellen intrakraniellen Verletzungen ist der Nachweis weiterer Verletzungen der Wirbelsäule wahrscheinlich, sodass eine MRT der Wirbelsäule zusätzlich erfolgen soll. Es bestehen selten klinische Zeichen, die auf eine Verletzung der Wirbelsäule hindeuten.
- Frakturen der Wirbelsäule treten im Rahmen einer Misshandlung selten isoliert auf. Bei Nachweis anderer Frakturen oder nicht akzidenteller intrakranieller Verletzungen ist das Vorliegen von Verletzungen der Wirbelsäule wahrscheinlicher.
- Das Vorliegen von Halswirbelsäulenverletzungen bei Kindern mit craniellen hypoxisch-ischämischen Verletzungen deutet auf eine kausale Beziehung hin.
- Beckenfrakturen im Rahmen einer Misshandlung sind im Rö-SS selten als einzige Fraktur zu finden. Einzelne Fallstudien zeigten die Möglichkeit eines sexuellen Missbrauchs bei dem Vorliegen von Beckenfrakturen auf.

Viszerale Verletzungen

- Bei inneren Verletzungen wie Leber-, Milz- und Pankreasverletzungen sowie duodenale und intrathorakale Verletzungen ohne passende Unfallanamnese ist als mögliche Ursache eine Misshandlung in Betracht zu ziehen.
- Zur Diagnostik innerer Verletzungen werden sowohl die körperliche Untersuchung, die Labordiagnostik als auch Sonographie, CT und MRT des Abdomens verwendet.

Anmerkungen und Statements zu weiteren Untersuchungen (Ganzkörper-MRT, Sonographie und Szintigraphie) und zur Feststellung des Verletzungszeitpunktes anhand bildgebender Verfahren:

- Die häufig gestellte Frage, den Verletzungszeitpunkt anhand des Alters von Frakturen zu datieren, kann nur ungenau beantwortet werden. Die Genauigkeit der Altersbestimmung unterliegt radiologischen Schätzungen im Zeitraum von Wochen und nicht von Tagen (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017d).
- (Merlini et al. 2017) und (Perez-Rossello et al. 2010) zeigten, dass *misshandlungssensitive Frakturen* (metaphysäre Frakturen und Rippenfrakturen) bei Kindern mit Verdacht auf körperliche Misshandlung im Ganzkörper-MRT *signifikant häufiger nicht erkannt wurden* im Gegensatz zu Röntgenaufnahmen.
Der hohe Weichteilkontrast und die Sensitivität der MRT im Nachweis traumatisch bedingter Knochenmarksödeme lassen den Einsatz der Ganzkörper-MRT zur Detektion okkulten Verletzungen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung sinnvoll erscheinen. Dies ist bisher nicht evaluiert, sodass aktuell keine evidenzbasierte Handlungsempfehlung zum Einsatz der Ganzkörper-MRT gegeben werden kann. Eventuell werden in Zukunft weitere MR-Sequenzen dazu führen, die Bewertung des Ganzkörper-MRT bei Kindern mit Verdacht auf körperliche Misshandlung und im Vergleich zum Röntgen-Skelettscreening zu überdenken und zu revidieren.

Nr. 72 Statement

Bei fehlendem Nachweis von Rippenfrakturen im standardisierten Röntgen-Skelettscreening und bei fortbestehendem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung kann die Durchführung einer Skelettszintigraphie helfen, Rippenfrakturen zu detektieren.

Quelle: Kemp et al. 2006; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Statement

Referenz

Kemp et al. 2006

LoE: 2++

Textauszug

In children under 2-years old, where physical abuse is suspected, diagnostic imaging of the skeleton should be mandatory. Skeletal survey (SS) or bone scintigraphy (BS) alone is inadequate to identify all fractures. It is recommended that all SS should include oblique views of the ribs. This review suggests that the following options would optimize the diagnostic yield. However, each needs to be evaluated prospectively: SS that includes oblique views, SS and BS, a SS with repeat SS or selected images 2 weeks later or a BS plus skull radiography and coned views of metaphyses and epiphyses.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Which investigation has a higher yield, skeletal survey (SS) or radionuclide imaging (RNI)?

- *Either SS or RNI alone will miss occult fractures; optimal assessment should include both investigations*
- *If RNI1 is the first line of investigation, an additional skull X-ray must be performed and coned views of the metaphyses should be considered*
- *Confirmatory X-rays of abnormal areas on RNI1 should be performed*
- *If SS1 is the first line of investigation, oblique views of the chest should be included*
- *Consider repeat SS*

Hintergrund zu dem Statement Nr.72

Auf der Konsensuskonferenz wurde mit einem starken Konsens von 97% beschlossen, dass es keine Empfehlung zur Durchführung einer Skelett-Szintigraphie zur Detektion von Rippenfrakturen geben soll.

Die Detektion von Rippenfrakturen soll durch die stufenweise Durchführung von Röntgenaufnahmen im Röntgen-Skelettscreening verbessert werden. Die Beurteilung bedarf einer kinderradiologischen Expertise. Dies beinhaltet zunächst die Durchführung des Röntgen-Thorax a-p. Ist hierbei keine Fraktur nachweisbar, erfolgen beidseits schräge Röntgen-Thoraxaufnahmen. Ist hierbei auch keine Fraktur nachweisbar und besteht nach 10 bis 14 Tagen weiterhin der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung, sollte das Prozedere zum Nachweis occulter Frakturen wiederholt werden.

Die Strahlenexposition einer Skelett-Szintigraphie ist im Vergleich zu zusätzlich durchgeführten schrägen Röntgen-Thoraxaufnahmen zu hoch. Es liegen keine Studien vor, die die Intervention Skelett-Szintigraphie und die Intervention zusätzlich durchgeführte schräge Röntgen-Thoraxaufnahmen bei fehlendem Nachweis von Rippenfrakturen in den seitlichen und a-p-Röntgen-Thoraxaufnahmen vergleichen.

Nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)

Der Terminus Schütteltrauma sollte nicht mehr genutzt werden.

In der Literatur wird darüber diskutiert, inwieweit es Sinn macht, einen Begriff zu wählen, der den Mechanismus (z.B. Schütteln, shaken, whiplash) und die Intention (abusive) dieser Verletzungen beinhaltet. Beispiele für Begriffe, die den Mechanismus oder die Intention von Verletzungen oder auch im Speziellen eine Verletzung des Schädelhirns beschreiben, sind: Shaken baby syndrome, Shaken impact syndrome, Whiplash shaken infant syndrome, Schütteltrauma oder Abusive head trauma.

Im Gegensatz dazu sind Begriffe wie ‚Non-accidental head injury‘ oder ‚Inflicted traumatic brain injury‘ neutrale Begriffe. Sie beschreiben ein Schädelhirntrauma, dessen Ursache nicht durch einen Unfall bedingt ist bzw. zugefügt wurde. Es sollte der neutrale Begriff nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT) verwendet werden, da Mechanismus und Intention hiermit nicht beschrieben werden.

Der Begriff nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma soll einen Symptomenkomplex berücksichtigen, der vor allem Verletzungen des Schädelhirns wie auch weitere Verletzungen und Frakturen (insbesondere Rippenfrakturen, metaphysäre Frakturen, Rückenmarkverletzungen, retinale Blutungen oder auch Verletzungen der Haut) berücksichtigt.

Intention eines „bezeugten Schüttelaktes“

Aktuell wird davon ausgegangen, dass Täter/-innen eines „Schütteltraumas“ zu Beginn ihrer desaströsen Aktivität nicht die Absicht verfolgen, dem Kind Schaden bzw. schweren Schaden zuzufügen. Unzweifelhaft ist jedoch, dass jedem/r Täter/-in während des Schüttelaktes bewusst ist, dass er/sie dem Kind einen schweren Schaden zufügt. Dies wird durch die Studie von (Adamsbaum et al. 2010) bestätigt, in der 29 verurteilte Täter und Täterinnen eines Schüttelaktes dazu befragt wurden.

Vorgehen und Abklärung bei Verdacht auf ein nicht akzidentelles Schädelhirntrauma

Angesichts späterer Konsequenzen und der Schwere des nicht akzidentellen Schädelhirntraumas fällt es vielen Ärzten schwer, die Diagnose der Misshandlung in die Differentialdiagnose des kindlichen Schädelhirntraumas aufzunehmen. Oft besteht die Angst der falschen Beschuldigung der Personensorgeberechtigten. Es ist darum ratsam, zuerst eine umfassende Diagnostik durchzuführen und alle Fakten zu sammeln. Erst alle Befunde zusammen können die Diagnose bestätigen bzw. auch dazu führen, dass eine Misshandlung als Diagnose unwahrscheinlich ist oder auch ausgeschlossen werden kann.

Der Metanalyse des Systematic Review von (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017b) lässt sich entnehmen, dass die Wahrscheinlichkeit der Diagnose eines nicht akzidentellen Schädelhirntraumas signifikant und exponentiell mit der Anzahl unterschiedlicher Symptome zunimmt.

Tab. 8 Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nicht akzidentellen Schädelhirn-Trauma

Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nicht akzidentellen (Schädelhirn-)Trauma	
adaptiert (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017b) and*(Royal College of Paediatrics and Child Health 2017c)	
Apnoe	OR 17.1
subdurale Blutung	OR 9.18
hypoxisch ischämischer Schaden	OR 4.19
retinale Blutung	OR 3.5 bzw. OR 15.31*
parenchymatöse Scherverletzung oder diffuser axonaler Schaden	OR 3.1
Rippenfraktur	OR 3
zerebraler Krampfanfall	OR 2.9
Hirnödem	OR 2.24
(metaphysäre) Fraktur der langen Röhrenknochen	OR 1.7
subarachnoidale Blutung	OR 1.28
Schädelfraktur mit intrakranieller Verletzung	OR 0.8
Hämatome an Kopf und/oder Nacken	OR 0.8

Bei dem Vorliegen einer „klassischen Trias“ wie einer subduralen Blutung mit retinalen Blutungen und Rippenfraktur liegt eine sehr hohe Odds Ratio (OR) für ein nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma vor. Dagegen liegt die „Wahrscheinlichkeit“ des Vorliegens einer anderen Erkrankung, die diese Trias beinhaltet, nahe einer Odds Ratio von 1. Diese Art des Vorgehens ist in den Themenbereich [Differentialdiagnosen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung](#) einzubeziehen.

Nach Abschluss der multiprofessionellen und interdisziplinären Diagnostik besteht bei den oben wiedergegebenen „Wahrscheinlichkeiten“ kaum ein Zweifel an der Diagnose eines nicht akzidentellen (Schädelhirn-)Traumas.

Nicht zuletzt aufgrund des Wiederholungsrisikos (auch bei Geschwisterkindern) sollten Ärzte_innen nicht zögern, neben dem Jugendamt auch die Strafverfolgungsbehörden in Fällen wie diesen einzuschalten, auch um zukünftig Schaden vom Kind abzuwenden. Das Einschalten eines rechtsmedizinischen Institutes erfolgt in der Regel immer (entweder durch die behandelnde Klinik oder nach Strafanzeige gegen Unbekannt der behandelnden Klinik durch die Staatsanwaltschaft).

Dies ist mit den Personensorgeberechtigten zu erörtern.

Abb. 21 Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelles Schädelhirntrauma

Diagnostik bei Verdacht auf NASHT								
Anamnese	<p>Strukturierte Anamnese mit Erfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des aktuellen Geschehens ▪ der Eigenanamnese (vorherige Erkrankungen oder Verletzungen) ▪ der Familien- und Gerinnungsanamnese ▪ der psychosozialen Belastungsfaktoren 							
Körperstatus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sorgfältige körperliche Untersuchung mit Fotodokumentation 							
Bildgebende Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kernspintomographie (MRT) (Gehirn und Rückenmarkskanal) ▪ Röntgen-Skelettscreening 							
Untersuchung der Augen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentierte, strukturierte Funduskopie 							
Labor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerinnungsanamnese und Durchführung eines stufenweisen Labors <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 25%;">INR, aPTT, Fibrinogen, Blutbild mit Leukozytendifferenzierung</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">➡</td> <td style="width: 25%;">bei Auffälligkeiten im Labor bzw. bei fehlenden nicht akzidentellen Verletzungen</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">➡</td> <td style="width: 20%;">Labordiagnostik erweitern (ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">➡</td> <td style="width: 10%;"> <ul style="list-style-type: none"> • Einzelfaktoren (Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen) • Willebrand Diagnostik (VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe) • Thrombozytenfunktion (siehe AWMF-Leitlinie zur Diagnose von Thrombozytopathien) </td> </tr> </table> ▪ Transaminasen, Pankreasenzyme, Creatinkinase, Creatinin ▪ Urin auf organische Säuren ▪ Drogenscreening im Urin 	INR, aPTT, Fibrinogen, Blutbild mit Leukozytendifferenzierung	➡	bei Auffälligkeiten im Labor bzw. bei fehlenden nicht akzidentellen Verletzungen	➡	Labordiagnostik erweitern (ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen)	➡	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfaktoren (Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen) • Willebrand Diagnostik (VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe) • Thrombozytenfunktion (siehe AWMF-Leitlinie zur Diagnose von Thrombozytopathien)
INR, aPTT, Fibrinogen, Blutbild mit Leukozytendifferenzierung	➡	bei Auffälligkeiten im Labor bzw. bei fehlenden nicht akzidentellen Verletzungen	➡	Labordiagnostik erweitern (ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen)	➡	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelfaktoren (Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen) • Willebrand Diagnostik (VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe) • Thrombozytenfunktion (siehe AWMF-Leitlinie zur Diagnose von Thrombozytopathien)		

Cave:

Eine cranielle Computertomographie und/oder eine Sonographie des Schädels können die Bildgebung der MRT nicht ersetzen.

Die Lumbalpunktion ist nicht in die Diagnostik bei Verdacht auf NASHT eingeschlossen. Sollte eine diagnostische Lumbalpunktion bspw. aufgrund des primären Verdachtes auf eine Sepsis, Meningitis oder Enzephalitis indiziert sein, sollte das Blutungsalter im Liquor zytologisch bestimmt werden.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Handlungsempfehlungen: Nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)

Nr. 73 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind klinisch nicht vital bedroht, soll* eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ erfolgen.

Zeigen sich bei der Untersuchung weitere Zeichen für eine Misshandlung, soll* außerdem eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

¹und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu gibt es nur begrenzte Evidenz.

Quelle: Kemp et al. 2010, Maguire et al. 2009

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Tipp zum effizienten praktischen Vorgehen im Alltag: Planung der Untersuchung und Lagerung des Kindes als MRT von Schädel und Wirbelsäule. Bei normalem intrakraniellen Befund kann die Untersuchung der Wirbelsäule unterbleiben. Diese Entscheidung soll durch einen erfahrenen Untersucher erfolgen.

Referenz

Kemp et al. 2010

LoE: 3

Textauszug

Spinal injury is a potentially devastating inflicted injury in infants and young children. The published evidence base is limited. However, this case series leads us to recommend that any clinical or radiological indication of spinal injury warrants a magnet resonance imaging (MRI). In children undergoing brain MRI for abusive head trauma, consideration should be given to including an MRI of the spine. All skeletal surveys in children with suspected abuse should include lateral views of the cervical and thoracolumbar spine. Further prospective comparative studies would define the discriminating features of inflicted spinal injuries.

Maguire et al. 2009

LoE: 2++

This systematic review shows that apnoea and retinal haemorrhage have a high odds ratio for association with inflicted brain injury (iBI). This review identifies key features that should be recorded in the assessment of children where iBI is suspected and may help clinicians to define the likelihood of iBI.

Nr. 74 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind vital bedroht, soll* eine cranielle Computertomographie (cCT) erfolgen.

Quelle: Kemp et al. 2009; RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2009

LoE: 2++

Textauszug

In an acutely ill child, the optimal imaging strategy involves initial CT, followed by early magnetic resonance imaging with diffusion weighted imaging (MRI/DWI) if early CT examination is abnormal, or there are ongoing clinical concerns. The role of repeat CT imaging, if early MRI is performed, is unclear, as is the place for MRI/DWI¹ if initial CT examination is normal in an otherwise well child.

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

In an acutely ill child, a computerised tomography scan (CT) is the preferred imaging technique and if the CT is abnormal or there are ongoing clinical concerns, magnetic resonance imaging (MRI) with diffusion weighted imaging (DWI) should be performed since it has the capacity to identify further features and identify intracranial changes.

Nr. 75 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ergibt die cranielle Computertomographie (cCT) eines Kindes Hinweise auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung, sollen* eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ und eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

¹und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu gibt es nur begrenzte Evidenz.

Quelle: Kemp et al. 2009, Kemp et al. 2010, Kemp et al. 2011,

LoE 2++ bis 3 Piteau et al. 2012; RCPCH. 2017b

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kadon et al. 2013

LoE: 2+

Textauszug

We found cervical spine injuries in 27/74 (36%) children. Most cervical spine injuries were ligamentous injuries. One child had intrathecal spinal blood and two had spinal cord edema; all three of these children had ligamentous injury. Magnetic resonance imaging (MRI).

Signs of cervical injury did not show a statistically significant relationship with a study outcome of abusive head trauma or help discriminate between accidental and abusive head trauma.

Kemp et al. 2009

LoE: 2++

In an acutely ill child, the optimal imaging strategy involves initial computerised tomography scan (CT), followed by early magnetic resonance imaging (MRI) and diffusion weighted imaging (DWI) if early CT examination is abnormal, or there are ongoing clinical concerns. The role of repeat CT imaging, if early MRI is performed, is unclear, as is the place for MRI/DWI if initial CT examination is normal in an otherwise well child.

<p>Kemp et al. 2010 LoE: 3</p>	<p><i>Spinal injury is a potentially devastating inflicted injury in infants and young children. The published evidence base is limited. However, this case series leads us to recommend that any clinical or radiological indication of spinal injury warrants a magnetic resonance imaging (MRI). In children undergoing brain MRI for abusive head trauma, consideration should be given to including an MRI of the spine. All skeletal surveys in children with suspected abuse should include lateral views of the cervical and thoracolumbar spine. Further prospective comparative studies would define the discriminating features of inflicted spinal injuries.</i></p>
<p>Kemp et al. 2011 LoE: 2++</p>	<p><i>Multiple subdurale haemorrhages (SDH) over the convexity, interhemispheric haemorrhages, posterior fossa SDH, Hypoxic-ischaemic injury (HII) and cerebral oedema are significantly associated with abusive head trauma (AHT) and should be considered together with clinical features when identifying the condition.</i></p>
<p>Piteau et al. 2012 LoE: 2++</p>	<p><i>In examining only studies deemed to be high quality, we found that subdural hemorrhage(s), cerebral ischemia, retinal hemorrhage(s), skull fracture(s) plus intracranial injury, metaphyseal fracture(s), long bone fracture(s), rib fracture(s), seizure(s), apnea, and no adequate history given were significantly associated with abusive head trauma (AHT).</i></p>
<p>RCPCH. 2017b LoE: 2++</p>	<p><i>In an acutely ill child, a computerised tomography scan (CT) is the preferred imaging technique and if the CT is abnormal or there are ongoing clinical concerns, magnetic resonance imaging (MRI) with diffusion weighted imaging (DWI) should be performed since it has the capacity to identify further features and identify intracranial changes.</i></p>

Nr. 76 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Eine Ultraschalluntersuchung des Kopfes soll* nicht als alleinige diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung herangezogen werden.

Quelle: RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

Textauszug

Ultrasound scanning should never be used as a diagnostic investigation since, whilst it found some features, it missed many others. High resolution ultrasound scans (USS) may have some advantage as a secondary investigation in experienced hands to monitor or follow the development of a lesion already identified on computerised tomography scan (CT) or magnetic resonance imaging (MRI¹) disorders.



Bildgebende Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma

- Eine cranielle CT soll nur bei einem vital bedrohten Kind durchgeführt und bei misshandlungsverdächtigen Befunden durch eine MRT ergänzt werden.
- Bei cranieller MRT mit misshandlungsverdächtigen Befunden soll immer eine MRT von Gehirn und Wirbelsäule mit Rückenmarkskanal durchgeführt werden.
- Die cranielle Sonographie ersetzt nicht die cranielle MRT.
- Bei misshandlungsverdächtigen Befunden *soll* ein Röntgen-Skelettscreening bei Kindern bis 24 Monate und *sollte* bei Kindern von 24 bis 36 Monate erfolgen.
- Bei misshandlungsverdächtigen Befunden soll eine Funduskopie bei Kindern bis 24 Monate erfolgen.

Alle Befunde sollen primär von Kinderradiologen_innen, bzw. Radiologen_innen mit Erfahrung in der Bildgebung bei Kindesmisshandlung beurteilt und interdisziplinär ausgewertet werden.

Nr. 77 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei einem Kind < 24 Monate mit intrakranieller Verletzung und einer Schädelfraktur und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese soll* dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Quelle: RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

RCPCH.2017b

LoE: 2++

Textauszug

Skull fracture is associated with non-abusive head trauma. In a child aged less than three years with intracranial injury and skull fracture the positive predictive value for abusive head trauma is 44% (95% confidence interval (CI) 22%-68%) and odds ratio 0.8.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 77

Liegt bei einem Kind < 24 Monate eine Schädelfraktur mit intrakranieller Verletzung vor und ist das Unfallgeschehen unklar, soll eine strukturierte Diagnostik erfolgen. Die Diagnostik beinhaltet in jedem Fall eine cranielle MRT. Bei Vorliegen misshandlungsverdächtiger Befunde im MRT werden folgende Untersuchungen ergänzt: MRT der WS, Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie und Gerinnungsdiagnostik. Differentialdiagnostische Untersuchungen können sich aus den Befunden ergeben. Alle Befunde sollen interdisziplinär ausgewertet und danach im Hinblick auf Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung multiprofessionell diskutiert werden.

Nr. 78 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Eine Ultraschalluntersuchung des Schädels kann* als Diagnostik bei Verdacht auf eine Schädelfraktur durchgeführt werden.

Quelle: Burke et al. 2014, RCPCH. 2017b

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad 0*

Referenz

Textauszug

Burke et al. 2014

LoE: 3

Point-of-care ultrasound can be used to identify skull fractures in children, however, the sensitivity is insufficient to recommend it for routine use in the management of paediatric head injury, particularly, given the incidence of intracranial injury without skull fracture. Clinical decision rules and CT imaging remain the gold standard.

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

Ultrasound scanning should never be used as a diagnostic investigation since, whilst it found some features, it missed many others. High resolution ultrasound scans (USS) may have some advantage as a secondary investigation in experienced hands to monitor or follow the development of a lesion already identified on computerised tomography scan (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) disorders.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.78

Die Ultraschalluntersuchung des Schädels zur Diagnostik einer Schädelfraktur wird im praktischen Alltag vor allem als symptomsspezifische Diagnostik bei Säuglingen und Kleinkindern angewendet, um eine Schädelfraktur zu detektieren oder nachzuweisen. Für eine routinemäßige Sonographie des Schädels ist die Sensitivität der Detektion einer Schädelfraktur gering. Zur Diagnostik einer Schädelfraktur können cCT und Röntgen des Schädels herangezogen werden. Die cranielle Sonographie kann die cranielle MRT nicht ersetzen.

Nr. 79 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern mit subduraler Blutung, insbesondere mit dem Nachweis mehrerer subduraler Blutungen und/oder mit Zeichen einer zerebralen Diffusionsstörung und/oder einem Hirnödem in der Bildgebung des zentralen Nervensystems und bei fehlendem bezugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese, soll* dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Bei Kindern im Alter < 12 Monate mit nicht akzidentellem Schädelhirntrauma sind diese Verletzungen schwerwiegend und stehen in Verbindung mit einer hohen Sterblichkeitsrate.

Quelle: Piteau et al. 2012, Roach et al. 2014, RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Piteau et al.

When examining all studies, subdural hemorrhage(s), cerebral ischemia, cerebral edema, retinal hemorrhage(s), skull fracture(s) co-occurring with intracranial injury, metaphyseal fracture(s), long bone fractures(s), rib fracture(s), any bruising, seizure(s) at or within 24 hours of presentation, apnea at presentation, and no adequate history were individually significantly associated with abusive head trauma (AHT). Including only high-quality studies, cerebral edema and any bruising were no longer significantly associated with abusive head trauma (AHT).

LoE: 2++

Roach et al. 2014

Abusive head trauma occurred in 29 % of children and resulted in increased mortality rates. These children had higher rates of subdural hemorrhages and diffuse axonal injury. Physicians initially evaluating injured children must maintain a high index of suspicion for abuse in those who present with subdural hematoma or diffuse axonal injury.

LoE: 2++

Of 2,015 children with traumatic brain injury, 71 % had accidental injury and 29 % had abusive head trauma (AHT). Children with AHT were more severely injured (ISS 22.1 vs 14.4; $p < 0.0001$) and had a higher mortality rate (15 vs 5 %; $p < 0.0001$).

RCPCH. 2017b

All studies confirmed that a subdural haemorrhage was significantly associated with abusive head trauma (AHT). Meta-analysis using a random effects model gave an overall odds ratio (OR) of 9.18 (95% confidence interval 7.12 – 11.83, $I^2 = 0\%$; $p < 0.00001$) for subdural haemorrhage in AHT. A meta-analysis of seven studies showed that cerebral oedema was significantly associated with AHT (OR 2.24, 95% confidence interval 1.18-4.26, $I^2 = 62\%$; $p = 0.01$).

LoE: 2++

Ichord et al. was the only study based purely on magnetic resonance imaging (MRI) imaging which has the greatest sensitivity for hypoxic ischaemic injury (HII). The study stated that HII was predominantly bilateral and generalised in 9/22 cases of AHT, compared to 1/30 cases of nAHT. The overall Odds Ratio for HII in association with AHT from the six studies was 4.19 (95% confidence interval 2.65-6.62; $p = 0.00001$).

Nr. 80 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 24 Monate mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung soll* eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden.

Quelle: Maguire et al. 2013, RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Maguire et al. 2013

LoE: 2++

Textauszug

Of the 62 included studies, 13 provided prevalence data (998 children, 504 abusive head trauma (AHT)). Overall, retinal haemorrhages (RH) were found in 78% of AHT vs 5% of nAHT. In a child with head trauma and RH, the OR that this is AHT is 14.7 (95% confidence intervals 6.39, 33.62) and the probability of abuse is 91%. Where recorded, RH were bilateral in 83% of abusive head trauma (AHT) compared with 8.3% in non-abusive head trauma (nAHT). RH¹ were numerous in AHT, and few in nAHT¹ located in the posterior pole, with only 10% extending to periphery. True prevalence of additional features, for example, retinal folds, could not be determined. There have been no new studies in 2014 to add to the meta-analysis of studies detailing retinal findings in children less than three years with a head injury. The current meta-analysis highlights the association between retinal haemorrhage and abusive head trauma (odds ratio of 15.31, 95% CI 18.78-25.74). New studies relating to retinal haemorrhages in other disease states and newborn infants have been added. Increasing emphasis has been placed on the detailed pattern of retinal findings and whether these characteristics may aid in distinguishing abusive head trauma from other aetiologies. Ophthalmologists may also encounter children with direct trauma to the eye as a direct consequence of abuse and a recent review highlights the characteristics that may assist in identifying these injuries. To date there are however no large scale comparison studies involving eye injuries due to abuse versus those due to accidental injury.

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

It is vital that all children with suspected abusive head trauma (AHT) have their eyes examined thoroughly by an ophthalmologist (dilated pupils and indirect fundoscopy) for the presence of retinal haemorrhage.

Diese Handlungsempfehlung wird in der Leitlinie zweimal aufgeführt. Sie beinhaltet für den betreffenden Themenbereich unterschiedliche Referenzen.

Nr. 81 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit der Kombination von zwei oder mehr der folgenden Merkmale:

- kein akzidentelles Trauma und zweifelhafte Anamnese
- subdurale Blutung
- zerebrale Diffusionsstörung
- Schädelfraktur mit oder ohne intrakranielle Verletzung
- Rippenfraktur/en
- (metaphysäre) Fraktur/en der langen Röhrenknochen
- cerebraler Krampfanfall
- Apnoe

soll* dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung als Ursache nachgegangen werden.

Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese oder keine andere Erkrankung vor, soll* neben der Untersuchung der Augen auch die entsprechende radiologische Untersuchung durchgeführt werden.

Quelle: Piteau et al. 2012; RCPCH. 2017b; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Piteau et al. 2012

LoE: 2++

Textauszug

When examining all studies, subdural hemorrhage(s), cerebral ischemia, cerebral edema, retinal hemorrhage(s), skull fracture(s) co-occurring with intracranial injury, metaphyseal fracture(s), long bone fractures(s), rib fracture(s), any bruising, seizure(s) at or within 24 hours of presentation, apnea at presentation, and no adequate history were individually significantly associated with abusive head trauma (AHT).

Including only high-quality studies, cerebral edema and any bruising were no longer significantly associated with AHT¹.

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

It is vital that all children with suspected abusive head trauma (AHT) have their eyes examined thoroughly by an ophthalmologist (dilated pupils and indirect fundoscopy) for the presence of retinal haemorrhage.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

- *Of the studies included up to 2012, seven were suitable for meta-analysis.*

- *Since 2013, the meta-analysis has been conducted on children aged 0-48 months.*

- *There was no heterogeneity between these studies (I²=0%) and the positive predictive value of a skull fracture for suspected or confirmed abuse was 20.1% (95% confidence interval 13.3-26.9).*

- *Contrary to the other fractures analysed, age less than 18 months does not appear to be a key variable. In one study, in children aged less than 18 months skull fractures were more common in the control subjects than those who were abused.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 81

Bei dem Vorliegen der benannten misshandlungsverdächtigen intrakraniellen Verletzungen sollen alle Symptome erfasst werden (insbesondere Apnoe und cerebraler Krampfanfall), eine körperliche Untersuchung, eine MRT der Wirbelsäule, eine Funduskopie und eine Gerinnungsdiagnostik erfolgen. Ein Röntgen-Skelettscreening soll bei allen Kindern diskutiert werden. Das Röntgen-Skelettscreening soll bei Kindern bis 24 Monate und sollte bei Kindern von 24 bis 36 Monate durchgeführt werden.

Alle Befunde sollen interdisziplinär ausgewertet und multiprofessionell diskutiert werden.

Röntgen-Skelettscreening (Rö-SS) und Frakturen (siehe Abb. 23)

„Erhöhung der Sensitivität zur Detektion von Frakturen und Reduktion der Strahlenexposition“

In den Handlungsempfehlungen sind Indikationen für ein neues standardisiertes Röntgen-Skelettscreening für Kinder mit Verdacht auf eine körperliche Misshandlung beschrieben.

Das neue standardisierte Röntgen-Skelettscreening sieht eine stufenweise Durchführung von Einzelaufnahmen vor. Ziel dieses Vorgehens sind die Erhöhung der Sensitivität zur Detektion okkulten Frakturen und die Reduktion der Strahlendosis. Es beruht auf der Abwägung der Notwendigkeit, möglichst alle Frakturen detektieren zu können, und der Wahrscheinlichkeit, mit der bestimmte Frakturen gehäuft oder überhaupt auftreten, und bezieht die Strahlenexposition der Röntgenaufnahmen ein (siehe Abb. 22).

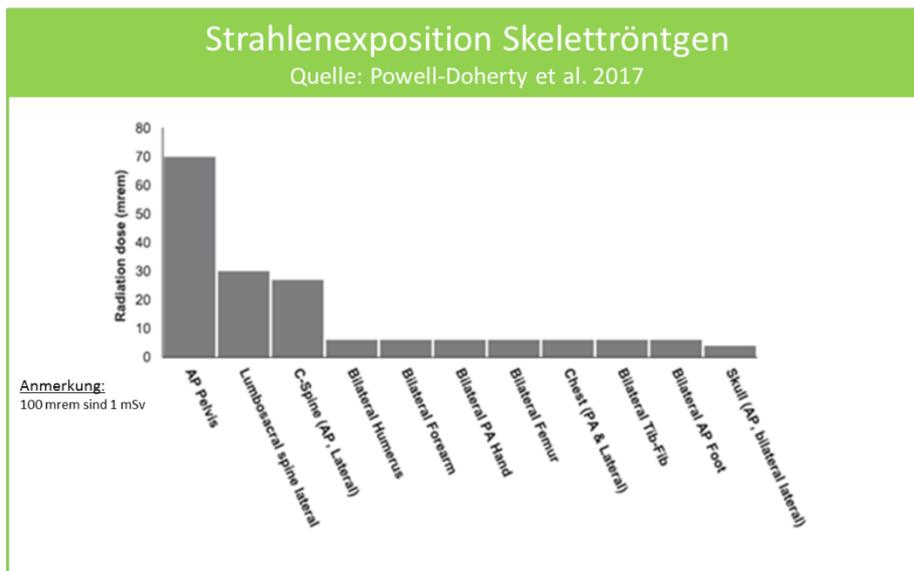
Dieses Vorgehen weicht zwar von den etablierten Empfehlungen der Leitlinien aus den USA und UK (American College of Radiology and the Society for Pediatric Radiology 2016) und (Royal College of Radiologists & Society and College of Radiographers 2017) ab, beruht aber u.a. auf evidenzbasierten Empfehlungen (Phillips et al. 2015) und anderen Studien zur Röntgendiagnostik bei Kindern mit Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und z.T. auch Missbrauch. Auf der Konsensuskonferenz wurde diesem Vorgehen zu 100% zugestimmt.

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass es kaum signifikante Unterschiede zwischen der Alterskohorte von Kindern bis 24 Monate und der von Kindern von 24 bis 36 Monate bezüglich der Häufigkeit misshandlungsbedingter Frakturen gibt.

Strahlenexposition und Häufigkeiten von misshandlungsverdächtigen Frakturen bei Kindern

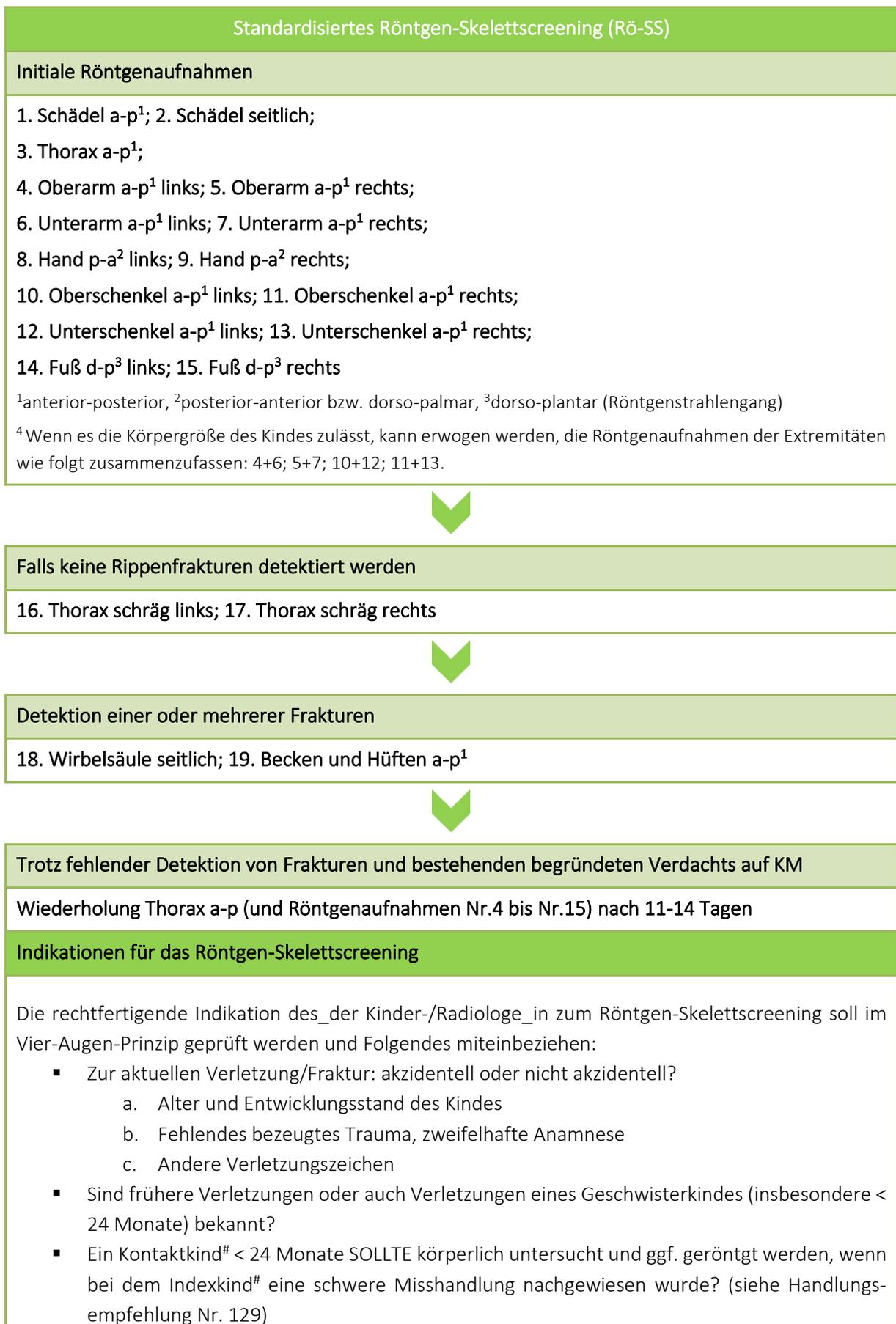
Bei Kindern mit körperlicher Misshandlung treten Frakturen der Wirbelsäule (WS) und des Beckens selten isoliert auf und die Röntgenaufnahmen dieser beiden Regionen machen den Großteil der Strahlendosis des Skelettröntgens aus.

Abb. 22 Strahlenexposition bei Skelettröntgen



Das strahlensparende Röntgen-Skelettscreening berücksichtigt, dass das (isolierte) Auftreten von Frakturen des Beckens und der Wirbelsäule bei Misshandlung selten ist. (Lindberg et al. 2013a) zeigten in einer retrospektiven Studie für 2049 Kinder unter 10 Jahren, bei denen ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt wurde, dass eine Fraktur in diesen Bereichen nur bei 0,5 bis 3,5% aller wegen einer Misshandlung geröntgten Kinder auftrat. Zahlen für Deutschland existieren nicht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Inzidenz für Frakturen des Beckens und der Wirbelsäule bei misshandelten Kindern geringer ist. Durch das optionale Röntgen der Wirbelsäule und des Beckens sparen wir einen Großteil der Röntgendosis pro Röntgen-Skelettscreening ein. Zur Feststellung der Häufigkeit von okkulten Beckenfrakturen haben wir das Systematic Review des (Royal College of Paediatrics and Child Health 2017d) rekapituliert und die einzelnen zitierten Studien untersucht. Insgesamt wurden 31 Kinder und Jugendliche mit Beckenfrakturen beschrieben, von denen 26 Kinder (84%) weitere Verletzungszeichen aufwiesen, drei Kinder hatten keine weiteren Verletzungszeichen und bei zwei Kindern konnte keine Aussage zu Verletzungszeichen getroffen werden. Weiterhin wurden 28 Kinder und Jugendliche mit Wirbelsäulenfrakturen beschrieben, von denen 23 Kinder (82%) weitere Verletzungszeichen oder weitere Symptome zeigten. Vier Kinder zeigten keine weiteren Auffälligkeiten und bei einem Kind konnte keine Aussage zu Verletzungszeichen getroffen werden. In diesem Zusammenhang steht das Systematic Review von (Bhatia et al. 2014; Kemp et al. 2010). Hier wurden 25 Kinder mit Wirbelsäulenverletzungen beschrieben, die alle Verletzungszeichen oder weitere Symptome zeigten. Bei (Lindberg et al. 2013a) konnte gezeigt werden, dass von den 22 (1,1%) Kindern (von 2049), die eine Wirbelsäulenfraktur aufwiesen, weniger als ein Drittel keine weiteren Frakturen hatte. In der Studie wurden keine Angaben zu weiteren Verletzungszeichen oder Symptomen gemacht.

Abb. 23 Standardisiertes Röntgen-Skelettscreening mit Indikationen und weiterem diagnostischem Vorgehen



Überlegungen:

Bei Kindern bis 24 Monate und einer Fraktur SOLL (bei Kindern von 25 bis 36 Monate SOLLTE) ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden bei:

- bestätigter Misshandlung bzw. bei Vorliegen eines begründeten Verdachts auf eine Misshandlung
- einer Verletzungsgeschichte in Zusammenhang mit Häuslicher Gewalt
- verspäteter Vorstellung eines Kindes mit Beschwerden aufgrund einer Fraktur
- Erkennen zusätzlicher Verletzungen bei der körperlichen Untersuchung (wie misshandlungsverdächtige Hämatome, Verbrühungen/Verbrennungen)
- zweifelhafter oder fehlender Anamnese.

Ausnahmen:

Bei Auftreten einer distalen Unterarm- und Unterschenkelfraktur bei mobilen Kindern (> 9-12 Monate) mit fehlender Anamnese oder auch angegebenen Stürzen ist ein akzidentelles Trauma wie z.B. eine toddler's fracture in Betracht zu ziehen.

Vorgehen bei fehlendem bezugetem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese bei Kindern mit Frakturen:

Art der Verletzung	EG*	Alter der Kinder	Diagnostik und interdisziplinäre Abklärung	
mehrere Frakturen	A		Röntgen-Skelettscreening	
Schädelfraktur mit intra-kranieller Beteiligung	A	bis 24 Monate		bei auffälligem Befund in Rö-SS: Funduskopie, cMRT, spinales MRT
Komplexe Schädelfraktur/en	B	< 48 Monate		Funduskopie, cMRT, spinales MRT
Rippenfraktur/en *	A	< 18 Monate		Funduskopie, cMRT (bei auffälligem Befund in cMRT: spinales MRT)
	B	< 48 Monate		
metaphysäre Frakturen*	A	< 18 Monate		bei auffälligem Befund im Rö-SS: Funduskopie, cMRT (bei auffälligem Befund in cMRT: spinales MRT)
auffälliges Hämatom	A	< 6 Monate 6 - 36 Monate		
Humerusfraktur*	A	< 18 Monate		
Femurfraktur*	A	< 18 Monate		
Unterarmfraktur	B	< 18 Monate		
Unterschenkelfraktur	B	< 18 Monate		

*Empfehlungsgrad

Anmerkung:

Die Indikationsstellung für die Diagnostik ist im Einzelfall zu prüfen. Es liegt eine Evidenz für die aufgeführten Altersgruppen vor.

Es liegt keine Evidenz für die Durchführung bildgebenden Verfahren für das Abdomen vor.

Praktische Tipps zur Durchführung der spinalen MRT siehe HE Nr. 66 & 73

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Tab. 9 Odds Ratio für Frakturen

*Odds Ratios for Comparing Subsets of Children With Given Injuries for Membership in the Abuse Group Versus the Control Group in Patients Less Than 18mo Old and Greater Than 18mo Old adaptiert (Pandya et al. 2009)				
Injury	Odds Ratio for Abuse <18mo (95% CI)	P	Odds Ratio for Abuse >18 mo (95% CI)	P
Rib fractures	23.7 (9.5-59.2)	<0.001*	9.1 (3.3-25.0)	<0.001*
Tibia/fibula fracture	12.8 (5.1-32.6)	<0.001*	2.1 (0.7-6.2)	0.172
Humerus fracture	2.3 (1.3-4.1)	0.004*	0.29 (0.1-0.7)	0.005*
Femur fracture	1.8 (1.2-2.7)	0.005*	0.30 (0.1-0.7)	0.003*

*Statistically significant. Age and sex-adjusted odds ratios calculated using binary logistic regression, without eliminating variables for lack of significance (enter method).
CI indicates confidence interval.

Handlungsempfehlungen: Röntgen-Skelettscreening

Nr. 82 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Das Röntgen-Skelettscreening bei begründetem Verdacht auf körperliche Misshandlung eines Kindes soll* umfassend und standardisiert erfolgen.

Folgende Einzelaufnahmen sollen* durchgeführt werden:

1. Schädel a-p¹; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p¹; 4. Oberarm a-p¹ links; 5. Oberarm a-p¹ rechts; 6. Unterarm a-p¹ links; 7. Unterarm a-p¹ rechts; 8. Hand p-a² links; 9. Hand p-a² rechts; 10. Oberschenkel a-p¹ links; 11. Oberschenkel a-p¹ rechts; 12. Unterschenkel a-p¹ links; 13. Unterschenkel a-p¹ rechts; 14. Fuß d-p³ links; 15. Fuß d-p³ rechts.

In Abhängigkeit vom Befund der oben beschriebenen Einzelaufnahmen sollen* weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt werden:

- A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, sollen* 16. Thorax schräg links und 17. Thorax schräg rechts erfolgen.
- B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, sollen* 18. Wirbelsäule seitlich und 19. Becken und Hüften a-p¹ erfolgen.

¹anterior-posterior, ²posterior-anterior bzw. dorso-palmar, ³dorso-plantar (Röntgenstrahlengang)

Anmerkung zur Durchführung der Röntgenaufnahmen

Wenn es die Körpergröße des Kindes zulässt, kann erwogen werden, die Röntgenaufnahmen der Extremitäten wie folgt zusammenzufassen: 4+6; 5+7; 10+12; 11+13. (Starker Konsens, 97%).

Quelle: Jha et al. 2013; Kleinman et al. 2013; Maguire et al. 2013; Marine et al. 2014; Phillips et al. 2015; RCPCH. 2017d

LoE 2++



Empfehlungsgrad A*

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

- Beim Vorliegen einer craniellen Spiral-CT mit dünnen Schichten oder dem Nachweis einer Schädelfraktur in der cCT kann über den Verzicht der Röntgenaufnahmen des Schädels diskutiert werden.
- In Abhängigkeit von den sich ergebenden Befunden, wie einer fraglichen Fraktur der Extremitäten in einer Ebene und bei Frakturachweis ist eine Röntgenaufnahme in der zweiten Ebene erforderlich.
- Bei Mädchen wird bei der Röntgenaufnahme des Beckens auf den Gonadenschutz verzichtet.

Referenz

Textauszug

Kleinman et al. 2013

LoE: 2++

Twenty of 365 studies (5.5%) yielded fractures involving the spine, hands, or feet. Of all positive skeletal surveys, 8.9% (20/225) had fractures involving the spine, hands, or feet. Of all patients with more than one fracture on skeletal survey, 20.4% (20/98) had fractures involving these regions.

Maguire et al. 2013

LoE: 2++

Most guidelines (Royal College of Radiologists, Royal College of Paediatrics and Child Health., American College of Radiology) recommend skeletal survey (SS¹) for all children younger than 2 years with suspected physical abuse. Hansen and

- Campbell addressed the important question of the relative value of a SS¹ in those aged 12–24 months, as many clinicians are reluctant to image these children. Our original review concluded that a SS¹ was worthwhile in those aged over 1 year, with two authors addressing this; Merten showed a higher prevalence of occult fractures in those aged less than 1 year versus those aged 2–3 years ($p < 0.0005$) (23), whereas Belfer et al. showed no difference. Contrary to their own hypothesis, Hansen and Campbell found no significant difference in the prevalence of occult fractures amongst those aged 12–23 months (18.9%) and those aged 0–11 months (22.7%), which concurs with Duffy et al. and data obtained directly from the authors of another large-scale review.*
- Marine et al. 2014
LoE: 2+
Adding bilateral oblique rib radiographs to the skeletal survey results increased rib fracture detection and increased confidence of readers.
- Phillips et al. 2015
LoE: 2++
We found no studies that validate any of the protocols or compare their performance. Evidence supporting inclusion in a skeletal survey is limited to ribs, spine, pelvis, hands and feet, and long bone views. Our final protocol is a standardised, two-tiered protocol consisting of between 17 and 22 views.
- Jha et al. 2013
LoE: 2+
Of the 530 children, 223 (42.1%) had rib and extremity fractures suspicious for NAT. No fractures were identified solely on pelvic radiographs. Only one child (<0.2%) had vertebral compression deformities identified on a lateral spinal radiograph. This infant had rib and extremity fractures and was clinically paraplegic. MR imaging confirmed the vertebral body fractures.
- RCPCH. 2017d
LoE: 2++
What views should be included in a skeletal survey (SS¹)?
- Radiological examination of the thorax should include oblique views
 - Separate views of the pelvis with high-detailed imagery, paying particular attention to pubic rami
 - High-detail, well-collimated postero-anterior views of hands and feet
 - Anteroposterior and lateral views of the entire spine
 - Consideration should be given to coned views around the knee to maximise detection of classic metaphyseal lesions
- Three studies showed significant benefit of oblique views of the chest. Comparison of two view chest X-ray (anteroposterior and lateral) with a four view assessment including two additional oblique views of the ribs in 73 children:*
- Sensitivity improved by 17% (95% confidence interval (CI) 2-36%), $p=0.18$
 - Specificity improved by 7% (95% CI 2-13%), $p=0.004$
- One study described benefits of lateral views in addition to standards frontal views of long bones:*
- Significantly more metaphyseal fractures were seen on combined frontal and lateral views ($p < 0.01$)

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.82

Die Indikationsstellung zur Durchführung des Röntgen-Skelettscreenings richtet sich nach dem begründeten Verdacht auf eine körperliche Misshandlung. Der Verdacht soll durch zwei Fachkräfte begründet werden anhand klinischer oder anamnestischer Befunde oder anhand von Beobachtungen oder Angaben, die den Verdacht auf eine körperliche Misshandlung rechtfertigen.

Nr. 83 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkulten Frakturen soll* bei allen Kindern < 24 Monate durchgeführt werden, falls:
der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt; hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.

Quelle: RCPCH. 2017b; RCPCH. 2017d
LoE: 2++



Empfehlungsgrad A*

Referenz

RCPCH. 2017b
LoE: 2++

Textauszug

Rib fractures were infrequently recorded but predominant in abusive head trauma (AHT). In a child with intracranial injury and rib fracture the meta-analysis showed that the positive predictive value for AHT is 73% (95% confidence interval (CI) 50%-88%) and odds ratio of 3 (95% CI 0.7 – 12.8). A combination of rib fractures and intracranial injury is associated with AHT, however the figures do not reach statistical significance (this may be due to the small numbers recorded).

RCPCH. 2017d
LoE: 2++

- 14% of children with abusive burns had occult fractures identified on skeletal survey (SS).
- Mean age of children with positive SS and burns was older than non-burns cases ($p=0.03$)(137).
- Fractures in children with burns included rib, classic metaphyseal lesions (CML¹), long bone, skull, and clavicular
- 29% of infants aged less than one year with an unwitnessed head injury had positive findings on SS warranting child protection investigations.
- If the injury severity score was >15, cases were more likely to have positive findings than those with lower scores (OR 3.4, $p<0.01$).
- Abusive head trauma (AHT) was significantly associated with a positive SS¹ ($P<0.00$)(136).
- Three children presenting with an isolated skull fracture and no other signs of abuse had a positive SS.
- 86% of children aged less than 18 months presenting with an isolated skull fracture underwent SS, of whom 6% had an additional fracture identified. Only one of nine with additional fractures was aged more than 6 months, eight of nine had a simple skull fracture.
- Of 201 children less than one year of age presenting with skull fracture and a normal Glasgow Coma Scale (GCS), 12 had further fractures (5.5%).
- 141 infants aged less than one year presenting with a skull fracture (non-MVC) underwent SS with only two identifying additional fractures. Each had risk factors for child abuse. Additional fractures were lower limb metaphyseal fractures.
- Children presenting with apparent life threatening event (ALTE) /apnoea had a higher rate of positive SS than those presenting for other reasons ($p=0.05$).

- Children presenting with seizure had a higher rate of positive SS than those presenting for other reasons ($p=0.02$).

Nr. 84 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei fehlendem Nachweis von Frakturen im initialen standardisierten Röntgen-Skelettscreening und weiterhin bestehenden klinischen Anhaltspunkten auf eine körperliche Misshandlung sollte* das Röntgen-Skelettscreening (Aufnahmen Nr. 3-15) nach 11-14 Tagen wiederholt werden.

Quelle: Maguire et al. 2013; Powell-Doherty et al. 2017; RCPCH.
LoE 2++ bis 2017d
2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Maguire et al. 2013
LoE: 2++

Textauszug

Twenty-three studies addressed 'radiological investigations', and nine studies 'fractures indicative of abuse'. Radiological studies reiterated that a single investigation (skeletal survey or radionuclide imaging) will miss some abusive fractures; in 8.4–37.6% of children, the repeat skeletal survey added new information that influenced the child protection procedures.

Powell-Doherty et al. 2017

LoE: 2+
RCPCH. 2017d
LoE: 2++

In patients with negative initial imaging, surveys remained negative on follow-up, and there was no incidence of new findings on follow-up skeletal survey (FUSS) in any case, regardless of initial results.

Does repeat skeletal survey (SS¹) enhance detection?

- Repeat SS¹ increases the diagnostic yield and clarifies tentative findings from the first SS
- Recent studies indicate that children with a negative first SS¹ may have fractures on repeat SS¹ that are of forensic importance
- Consideration could be given to omitting pelvic and/or additional spinal views on follow-up SS¹
- Repeat SS increases radiation dosage
- Issues of uncertain child protection status between SS¹

Nr. 85 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen sollte* bei Kindern > 25 bis 36 Monate durchgeführt werden, falls der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt.

Hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.

Quelle: RCPCH. 2017d
LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

RCPCH. 2017d
LoE: 2++

Textauszug

Lindberg et al. 2014 in RCPCH. 2017d

Among 2609 subjects, 2036 (78%) had skeletal survey and 458 (18%) had at least one new fracture identified.

For all age groups up to 36 months, skeletal survey was obtained in >50% of subjects, but rates decreased to less than 35% for subjects >36 months. New fracture identification rates for skeletal survey were similar between children 24-36 months of age (10.3%, 95% CI 7.2-14.2) and children 12-24 months of age (12.0%, 95% CI 9.2-15.3).

Nr. 86 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (90%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen sollte* bei Geschwistern < 24 Monate eines körperlich misshandelten Kindes oder anderer im selben Haushalt lebender Kinder < 24 Monate durchgeführt werden.

Quelle: Maguire et al. 2013; RCPCH. 2017d
LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Bei der Untersuchung des Geschwisterkindes < 24 Monate ist auch die Schädelsonografie zur Frage nach erweiterten subduralen Räumen sinnvoll. Die Schädelsonografie sollte transfontanellär bzw. transkranial erfolgen und insbesondere nach chronisch subduralen Hämatomen oder Hygromen fahnden.

Referenz

Maguire et al. 2013
LoE: 2++

Textauszug

Our original review found insufficient evidence to determine whether siblings of those with confirmed abuse should undergo a skeletal survey (SS). Since then, two authors have addressed this, with slightly different results. Day et al. only screened six siblings, including two sets of twins, with one child (a twin) demonstrating occult fractures. Lindberg et al. collated data on 134 'contacts' (i.e. children sharing the home with the abused child within the past month) younger than 2 years and undergoing a skeletal survey (SS), 11.9% of which were positive for occult fractures. Notably 9 of 16 twins had a positive SS¹, suggesting that they may be at increased risk. These new findings would suggest where abused children have household contacts' less than 2 years old, particularly twins, that a SS¹ should be considered.

RCPCH. 2017d
LoE: 2++

Recent studies suggest that up to 12% of household contacts aged less than two may have a positive skeletal survey (SS) with twins being a particularly high risk.

Lindberg et al. 2012 in Smith et al. 2017

Protocol-indicated skeletal survey (SS) identified at least 1 abusive fracture in 16 of 134 contacts (11.9%, 95% confidence interval [CI] 7.5–18.5), 24 months of age. None of these fractures had associated findings on physical examination. Among the 134 contacts meeting protocol criteria for SS¹, 16 (11.9%) were twins, and 9 of these (56.3%) had fractures on SS¹. Twins were significantly more likely than non-twin contacts to have a fracture identified on SS (odds ratio 20.1, 95% CI 5.8–69.9).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.86

Wir verweisen hierzu auch auf den [Themenblock Geschwisterkinder](#).

Nr. 87 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkulten Frakturen soll* bei einem Mehrling eines körperlich misshandelten Kindes < 24 Monate durchgeführt werden.

Quelle: Maguire et al. 2013; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Maguire et al. 2013.

LoE: 2++

Textauszug

Our original review found insufficient evidence to determine whether siblings of those with confirmed abuse should undergo a skeletal survey (SS). Since then, two authors have addressed this, with slightly different results. Day et al. only screened six siblings, including two sets of twins, with one child (a twin) demonstrating occult fractures. Lindberg et al. collated data on 134 'contacts' (i.e. children sharing the home with the abused child within the past month) younger than 2 years and undergoing a skeletal survey (SS), 11.9% of which were positive for occult fractures. Notably 9 of 16 twins had a positive SS¹, suggesting that they may be at increased risk. These new findings would suggest where abused children have household contacts' less than 2 years old, particularly twins, that a SS¹ should be considered.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Recent studies suggest that up to 12% of household contacts aged less than two may have a positive skeletal survey (SS) with twins being a particularly high risk.

Lindberg et al. 2012 in Smith et al. 2017

Protocol-indicated skeletal survey (SS) identified at least 1 abusive fracture in 16 of 134 contacts (11.9%, 95% confidence interval [CI] 7.5–18.5), 24 months of age. None of these fractures had associated findings on physical examination. Among the 134 contacts meeting protocol criteria for SS, 16 (11.9%) were wins, and 9 of these (56.3%) had fractures on SS. Twins were significantly more likely than non-twin contacts to have a fracture identified on SS (odds ratio 20.1, 95% CI 5.8–69.9).

Handlungsempfehlungen: Frakturen

Nr. 88 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (97%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit Frakturen sollten bei der Beurteilung eines Verdachts auf eine körperliche Misshandlung das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.</p>	
<p>Quelle: Kemp et al. 2006; Kemp et al. 2008; RCPCH. 2017d LoE: 2++</p>	 Empfehlungsgrad B*

Referenz

Kemp et al. 2006
LoE: 2++

Textauszug

All children under the age of 2 years, where physical abuse is suspected, should have radiological investigation to exclude fractures. Radiological investigation should be considered in children older than 2 and disabled children on an individual clinical basis.

Kemp et al. 2008
LoE: 2++

When infants and toddlers present with a fracture in the absence of a confirmed cause, physical abuse should be considered as a potential cause. No fracture, on its own, can distinguish an abusive from a non-abusive cause. During the assessment of individual fractures, the site, fracture type, and developmental stage

RCPCH. 2017d
LoE: 2++

of the child can help to determine the likelihood of abuse. In total, 32 studies were included. Fractures resulting from abuse were recorded throughout the skeletal system, most commonly in infants (<1 year) and toddlers (between 1 and 3 years old).

- 85% of accidental fractures occurred in children over five years of age
- 80% of abusive fractures, occurred in children under 18 months of age
- Overall, 25–56% of all fractures in children under one year of age were due to abuse.
- The highest incidence of abusive fractures was in children under four months of age ($p=0.0007$).
- Abusive fractures were more common in children less than one year of age than in those older than two years.
- In a study of children under 4 years old, the mean age for accidental fractures was 22.1 months (95% CI 21.2, 24.02 months). The mean age of abuse cases was 11.7 months (95% CI 10.6, 12.7 months).
- Children with abusive fractures were significantly younger ($p<0.001$).
- Recent studies suggest that up to 12% of household contacts aged less than two may have a positive SS with twins being a particularly high risk.
- Not enough detail was available to comment on the likely benefit of SS in sexual abuse, neglect or older disabled children.
- Three studies described abusive fractures in older children, one who was disabled and two who had been physically and sexually abused.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.88

Bei Kindern und Jugendlichen sollten neben ihrem Alters- und Entwicklungsstand auch ihre körperlichen, geistigen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen bei der Beurteilung von Frakturen berücksichtigt werden.

Nr. 89 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern mit **mehreren Frakturen** und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder mit zweifelhafter Anamnese soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung nachgegangen werden.

Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und das Vorgehen nach OPS 1-945.

Quelle: Kemp et al. 2008; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

Textauszug

In total, 32 studies were included. Fractures resulting from abuse were recorded throughout the skeletal system, most commonly in infants (<1 year) and toddlers (between 1 and 3 years old). Multiple fractures were more common in cases of abuse.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Abused children were more likely to have multiple fractures than non-abused children (p<0.001).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.89

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund **mehrerer Frakturen** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes [Röntgen-Skelettscreening](#) besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 90 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (97%)

Bei **Kindern < 48 Monate** mit einer **Schädelfraktur ohne intrakranielle Verletzungen** und bei fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung, inklusive Dokumentation von Frakturanzahl und Frakturtyp, nachgegangen werden.

Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und das Vorgehen nach OPS 1-945.

Bei **mehreren und/oder komplexen Schädelfrakturen** ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache erhöht.

Quelle: Kemp et al. 2008, RCPCH. 2017b; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

Textauszug

Multiple fractures were more common in cases of abuse. (...)The probability for skull fractures was 0.30 (0.19 to 0.46); the most common fractures in abuse and non-abuse were linear fractures.

An infant or toddler with a skull fracture has a 1 in 3 chance of having been abused.

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

It is vital that all children with suspected abusive head trauma (AHT) have their eyes examined thoroughly by an ophthalmologist (dilated pupils and indirect fundoscopy) for the presence of retinal haemorrhage.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

- *Of the studies included up to 2012, seven were suitable for meta-analysis.*

- *Since 2013, the meta-analysis has been conducted on children aged 0-48 months.*

- *There was no heterogeneity between these studies (I²=0%) and the positive predictive value of a skull fracture for suspected or confirmed abuse was 20.1% (95% confidence interval 13.3-26.9).*

- *Contrary to the other fractures analysed, age less than 18 months does not appear to be a key variable. In one study, in children aged less than 18 months skull fractures were more common in the control subjects than those who were abused.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 90

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **komplexen Schädelfraktur** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall sollte durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und eine Funduskopie besteht und ob weitere diagnostische Schritte (cMRT und MRT WS) eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 91 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern von 19 bis 48 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur sollte* einem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollten* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: Kemp et al. 2008; Paine et al. 2016; RCPCH. 2017b;
LoE 2++ RCPCH. 2017d

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

Paine et al. 2016

LoE: 2++

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

Multiple fractures were more common in cases of abuse. Once major trauma was excluded, rib fractures had the highest probability for abuse (0.71, 95% confidence interval 0.42 to 0.91).

Data for 1396 children 48 months or younger with rib fractures were abstracted from 10 articles. Among infants younger than 12 months, abuse prevalence ranged from 67% to 82%, whereas children 12 to 23 and 24 to 35 months old had study-specific abuse prevalences of 29% and 28%, respectively. Age younger than 12 months was the only characteristic significantly associated with increased likelihood of abuse across multiple studies. Rib fracture location was not associated with likelihood of abuse.

It is vital that all children with suspected abusive head trauma (AHT) have their eyes examined thoroughly by an ophthalmologist (dilated pupils and indirect fundoscopy) for the presence of retinal haemorrhage.

- *In children less than four years of age rib fractures were more commonly found in those abused than those accidentally injured.*
 - *In those aged less than 18 months with rib fractures the odds ratio (OR) for abuse was 23.7 (95%CI 9.5, 59.2) (p<0.001).*
 - *In those aged over 18 months with rib fractures the OR for abuse was 9.1 (95%CI 3.3, 25) (p<0.001).*
 - *However since 2013 we have restricted the meta-analysis to children less than 48 months of age.*
 - *These four studies include children with confirmed or suspected abuse but showed no heterogeneity (I2=0%).*
 - *The positive predictive value for rib fractures in relation to suspected or confirmed abuse is 66% (95% confidence interval 42.5-89.7).*
 - *Abusive rib fractures were recorded at any location on the rib and were unilateral or bilateral.*
 - *Anterior fractures were more common in abuse whilst lateral fractures were more common in non-abused children.*
 - *Seven studies stated that posterior rib fractures were the predominant abusive fracture, detailed breakdown was not given.*
- One study found posterior and postero-lateral rib fractures to be equally common in abuse and metabolic bone disease.*

Nr. 92 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei **Kindern < 18 Monate** mit mindestens einer **Rippenfraktur** soll* eine körperliche Misshandlung als Ursache ausgeschlossen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollen* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie, eine Magnetresonanztomographie des Kopfes und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: Paine et al. 2016; RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Paine et al. 2016

LoE: 2++

Textauszug

Data for 1396 children 48 months or younger with rib fractures were abstracted from 10 articles. Among infants younger than 12 months, abuse prevalence ranged from 67% to 82%, whereas children 12 to 23 and 24 to 35 months old had study-specific abuse prevalences of 29% and 28%, respectively. Age younger than 12 months was the only characteristic significantly associated with increased likelihood of abuse across multiple studies. Rib fracture location was not associated with likelihood of abuse

RCPCH. 2017b

LoE: 2++

- *Full skeletal surveys were not performed in all cases of suspected abusive head trauma (AHT).*
- *Rib fractures were infrequently recorded but predominant in AHT.*
- *In a child with intracranial injury and rib fracture the meta-analysis showed that the positive predictive value for AHT is 73% (95% confidence interval (CI) 50%-88%) and odds ratio of 3 (95%CI 0.7 – 12.8).*
- *A combination of rib fractures and intracranial injury is associated with AHT¹, however the figures do not reach statistical significance (this may be due to the small numbers recorded).*

Hintergrund zu den Handlungsempfehlungen Nr. 91 & 92

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer/von **Rippenfraktur/en** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll bei Kindern < 18 Monate (Nr. 92) und sollte bei Kindern von 19 bis 48 Monate (Nr. 91) durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie und cMRT besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 93 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 18 Monate mit einer **Humerusfraktur** soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollen* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: Kemp et al. 2008; Maguire et al. 2013; RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

Textauszug

The probability of abuse given a humeral fracture lay between 0.48 (0.06 to 0.94) and 0.54 (0.20 to 0.88), depending on the definition of abuse used. Analysis of fracture type showed that supracondylar humeral fractures were less likely to be inflicted.

Maguire al. 2013

LoE: 2++

A meta-analysis of femoral and humeral fractures by age highlighted that children younger than 18 months are significantly more likely to have sustained their fracture as a consequence of abuse, than those aged 1–4 years.

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

- *Out of 540 studies reviewed, 14 studies addressed humeral fractures*
- Meta-analysis.*
- *Of the studies included up to 2012, four were suitable for meta-analysis*
- *Since 2013, two separate meta-analyses have been conducted, one for age 0-18 months and one for 18-48 months.*
- *For children aged 0-18 months with confirmed or suspected abuse the positive predictive value (PPV) of a humeral fracture is 43.8% (95% confidence interval 27.6-59.9).*
- *The largest case-control study addressing this highlighted that age less than 18 months, in conjunction with prior injury and suspicious history are significant indicators of an abusive aetiology.*
- *For children aged 18-48 months, the heterogeneity between studies was low (I²=28.8%) and the PPV of a humeral fracture due to suspected or confirmed abuse was only 1.8% (95% confidence interval 0-3.9).*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.93

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Humerusfraktur** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll bei Kindern < 18 Monate durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 94 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 18 Monate mit einer **Unterarmfraktur** sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollten* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

- *The majority of non-abusive fractures were greenstick, Worlock identified metaphyseal ulnar fractures in the abused group only.*
- *In children aged less than 18 months old radial/ulnar fractures were more common in the abused than the control group ($p=0.001$).*
- *In children less than four years of age with a radius/ulnar fracture, the OR for abuse is 5.8 (95%CI 2.4, 14.3) $p<0.001$.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.94

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Unterarmfraktur** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall sollte bei Kindern < 18 Monate durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 95 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 18 Monate mit einer **Femurfraktur** soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollen* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: Kemp et al. 2008; Maguire et al. 2013; RCPCH. 2017d;

LoE 2++ Wood et al. 2014

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

Maguire al. 2013

LoE: 2++

Wood et al. 2014

LoE: 2++

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

For femoral fractures, the probability was between 0.28 (0.15 to 0.44) and 0.43 (0.32 to 0.54), depending on the definition of abuse used, and the developmental stage of the child was an important discriminator.

A meta-analysis of femoral and humeral fractures by age highlighted that children younger than 18 months are significantly more likely to have sustained their fracture as a consequence of abuse, than those aged 1–4 years.

Studies commonly find a high proportion of abuse among children less than 12 months old with femur fractures. The reported trauma history, physical examination findings and radiologic results must be examined for characteristics that increase or decrease the likelihood of abuse determination.

Across the 24 studies reviewed, there were a total of 10,717 children less than or equal to 60 months old with femur fractures. Among children less than 12 months old with all types of femur fractures, investigators found abuse rates ranging from 16.7% to 35.2%. Among children 12 months old or greater with femur fractures, abuse rates were lower: from 1.5% – 6.0%. In multiple studies, age less than 12 months, non-ambulatory status, a suspicious history, and the presence of additional injuries were associated with findings of abuse. Diaphyseal fractures were associated with a lower abuse incidence in multiple studies. Fracture side and spiral fracture type, however, were not associated with abuse.

- *Of the studies included up to 2012, 13 were suitable for meta-analysis.*
- *Since 2013, the meta-analysis is sub-divided into children aged 0-18 months with confirmed or suspected abuse and children aged 12-48 months with confirmed or suspected abuse.*
- *For children aged 0-18 months there was no heterogeneity between studies ($I^2=0\%$) and the positive predictive value (PPV) for suspected or confirmed abuse when a femoral fracture is present is 51.1% (95% confidence interval 34.1-66.1).*
- *For children aged 12-48 months there was moderate heterogeneity present between studies ($I^2=57.4\%$) and a far lower PPV of 11.7% (95% confidence interval 6.1-17.3).*
- *This is consistent with the observation that children who are not independently mobile are far less likely to sustain an accidental femoral fracture.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.95

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Femurfraktur** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll bei Kindern < 18 Monate durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 96 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 18 Monate mit einer **Unterschenkelfraktur** sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollten* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

- *The odds ratio (OR) for abuse in a child aged less than 18 months with a tibial/fibular fracture is 12.8 (95% confidence interval (CI) 5.1, 32.6) $p < 0.001$*
- *The OR for abuse in a child older than 18 months is 2.1 (95%CI 0.7, 6.2) $p = 0.172$*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.96

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Unterschenkelfraktur** mit zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall sollte bei Kindern < 18 Monate durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 97 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 18 Monate mit einer **metaphysären Fraktur** der langen Röhrenknochen soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollten* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie, Magnetresonanztomographie des Schädels und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: Kemp et al. 2008; RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2008

LoE: 2++

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

Metaphyseal fractures were reported in a greater proportion of abused than nonabused children, but insufficient data were available for further meaningful analysis.

- *Five studies by Kleinman et al. delineated the histologic/radiologic correlates of classical metaphyseal fractures in 31 fatally abused infants*
- *Age range: three weeks – 10.5 months (mean: three months)*
- *There were 165 fractures in the 31 children; 72 long bone fractures; 64 (89%) were classical metaphyseal lesions in 20 children.*
- *The 'commonest abusive fracture' found was metaphyseal.*
- *The 'commonest site' was the tibia.*
- *The fractures were commonly bilateral and symmetrical.*
- *Specimen radiography increased the yield of fractures noted on skeletal survey from 58% to 92%.*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.97

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund von **metaphysären Frakturen** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll bei Kindern < 18 Monate durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie und cMRT besteht und ob weitere diagnostische Schritte eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 98 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Liegt bei Kindern mit einer **Wirbelsäulenverletzung** kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Dabei soll* die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung soll* neben der Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule auch eine Magnetresonanztomographie des Schädels durchgeführt werden.

Quelle: Kemp et al. 2010
LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Kemp et al. 2010
LoE: 2++

Textauszug

Abusive spinal injuries can occur throughout the spine. Cervical spinal injuries tend to be reported in young infants (median age 5 months). There is an association between cervical spinal injury and inflicted head trauma.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.98

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Wirbelsäulenverletzung** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall soll durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, MRT WS und cMRT besteht und ob weitere diagnostische Schritte (Funduskopie) eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nr. 99 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (97%)

Liegt bei Kindern mit einer **Beckenfraktur** kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und einen sexuellen Missbrauch als Ursache nachgegangen werden. Dabei soll* die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Referenz

RCPCH. 2017d

LoE: 2++

Textauszug

- *The majority of children had suffered from multiple additional injuries*
- *Two studies reported three infants: one child had up to 29 additional fractures recorded*
- *One study reported two case reports: one child had multiple burns and pelvic fractures; one was fatally abused due to associated intra-abdominal injuries*
- *Five studies included children with pelvic fractures with associated suspected or confirmed sexual abuse definite: One of these children was disabled and non-verbal*

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.99

Bei Verdacht auf eine nicht akzidentelle Verletzung aufgrund einer **Beckenfraktur** mit fehlender oder zweifelhafter Anamnese:

In diesem Fall sollte durch mindestens zwei Fachkräfte geprüft werden, ob die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening besteht und ob weitere diagnostische Schritte (auch im Hinblick auf einen möglichen stattgehabten sexuellen Missbrauch) eingeleitet werden sollen. In einer multiprofessionellen Fallbesprechung sollen alle weiteren anamnestischen Angaben und Befunde besprochen werden und weitere Schritte wie z.B. die Durchführung weiterer notwendiger Diagnostik, anstehende Gespräche (mit Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten) und die Einbindung anderer Institutionen eingeleitet werden.

Nicht akzidentelle viszerale Verletzungen

Innere Verletzungen betreffen sowohl Organe des Thorax als auch des Bauchraumes, der häufiger betroffen ist. Verletzungen des Bauchraumes betreffen ca. 0,5 bis 4% aller Misshandlungsfälle und stellen nach den ZNS-Verletzungen die zweithäufigste Todesursache bei Misshandlungen dar (Herrmann et al. 2016). Die Letalität bei nicht akzidentellen Verletzungen des Bauchraumes war signifikant höher als die von akzidentellen Verletzungen, wie bei Verkehrsunfällen (53% vs. 21%). (Bhatia et al. 2014; Maguire et al. 2013a)

Handlungsempfehlungen: viszerale Verletzungen

Nr. 100 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Kindern < 48 Monate mit inneren Verletzungen wie duodenalen, Leber-, Milz-, Pankreas- und/oder intrathorakalen Verletzungen soll* bei fehlendem akzidentellem Trauma dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden; dies gilt auch bei fehlenden Bauchwandhämatomen.</p>	
<p>Quelle: Maguire et al. 2013 LoE 2++</p>	
<p>Empfehlungsgrad A*</p>	

Referenz

Maguire et al. 2013
LoE: 2++

Textauszug

Of 88 included studies (64 addressing abdominal injuries), only five were comparative. Every organ in the body has been injured, intra-thoracic injuries were commoner in those aged less than five years. Children with abusive abdominal injuries were younger (2.5–3.7 years vs. 7.6–10.3 years) than accidentally injured children. Duodenal injuries were commonly recorded in abused children, particularly involving the third or fourth part, and were not reported in accidentally injured children less than four years old. Liver and pancreatic injuries were frequently recorded, with potential pancreatic pseudocyst formation. Abdominal bruising was absent in up to 80% of those with abdominal injuries, and co-existent injuries included fractures, burns and head injury. Post mortem studies revealed that a number of the children had sustained previous, unrecognized, abdominal injuries. The mortality from abusive abdominal injuries was significantly higher than accidental injuries (53% vs. 21%). Only three studies addressed screening for abdominal injury among abused children, and were unsuitable for meta-analysis due to lack of standardized investigations, in particular those with 'negative' screening tests were not consistently investigated.

4.4.5 Untersuchung der Augen

Es werden Handlungsempfehlungen zur Untersuchung der Augen mittels Funduskopie und zum Nachweis retinaler Blutungen dargestellt bei Verdacht auf körperliche Misshandlung. Retinale Blutungen sind hochspezifisch bei einem nicht akzidentellen (Schädelhirn-)Trauma.

Abb. 24 Untersuchung, Dokumentation und Odds Ratio bei Verdacht auf retinale Blutungen

Untersuchung der Augen	
Indikation	Kinder < 24 Monate mit Verdacht auf NASHT
Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ augenärztliche Untersuchung ▪ beidseitig ▪ indirekte Funduskopie durch die erweiterten Pupillen
Eindeutige schriftliche Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Liegt eine retinale Blutung vor? ▪ Ist die Blutung ein- oder beidseitig? ▪ Welche Ausprägung der retinalen Blutung liegt vor? (mild (1-10 Blutungen), moderat (11-20 Blutungen) oder schwer (>20 Blutungen)) ▪ Sind mehrere Schichten der Netzhaut betroffen? ▪ Sind mehrere Augenabschnitte betroffen? ▪ Wo befinden sich die Blutungen innerhalb des Fundus? (parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.) <p>(Dokumentation mit der 'RetCam' möglich)</p>
Befunde, die die Wahrscheinlichkeit für NASHT erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zunahme der Anzahl der retinalen Blutungen ▪ Ausdehnung der retinalen Blutungen nach peripher
retinale Blutungen bei NASHT	OR 15,31 (95% CI 18,78-25,74)

Anhaltspunkte für die Qualität der Untersuchung der Augen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung (Abb. 25)

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Abb. 25 Kriterien für die Beurteilung der Untersuchung der Augen

Ranking	Quality standards for retinal examination
1	Examined by ophthalmologist, dilated pupil examination AND indirect ophthalmoscopy clearly documented
2	Examined by ophthalmologist, with use of 'RetCam' (making the assumption that the baby's pupils were dilated)
3	Examined by ophthalmologist, EITHER dilated pupil examination documented without mention of examination method, OR indirect ophthalmoscopy documented without mention of pupil status
4	Examined by ophthalmologist, no details regarding pupil dilatation or use of indirect ophthalmoscopy, and only if detailed documentation of retinal hemorrhages is included
5	Mixed Ranking

Quelle: RCPCH. 2017c

Evidenzlage

Von den neun Studien sind sieben Studien Systematic Reviews, eine retrospektive Kohortenstudie und eine Fallserie, die sich auf Folgendes beziehen:

- Untersuchungsbedingungen, Befundbeschreibung und zeitlicher Verlauf retinaler Blutungen bei Kindern mit NASHT
- Auftreten retinaler Blutungen bei Kindern bis elf Jahre, insbesondere beim NASHT und bei besonderen Ereignissen
- geburtsassoziierte retinale Blutungen bei Früh- und Neugeborenen.

Bhardwaj et al. (2010) beschreiben im Systematic Review anhand von 20 Studien mit Kindern bis drei Jahre mit NASHT eine hohe Spezifität für bilaterale, extensive und vielschichtig auftretende retinale Blutungen. Es wurden auch Post-Mortem-Studien eingeschlossen.

Royal College of Paediatrics and Child Health (2017c) zeigt in dem überarbeiteten Systematic Review mit einer Metaanalyse von 71 Studien mit Kindern von 0 bis vier Jahren mit NASHT den Zusammenhang zwischen retinaler Blutung und NASHT mit einer Odds Ratio von 15,31 (95% CI 18,78-25,74). Damit wurde die bereits zuvor veröffentlichte OR des Systematic Review der Royal College of Paediatrics and Child Health (2017b) für Neurological Injuries erhöht.

Bhardwaj et al. (2010) and Morad et al. (2003) zeigten in einer Fallserie von 75 Kindern bis zwei Jahre mit NASHT die Relevanz der Untersuchungsbedingungen (Augenarzt/-ärztin oder Nicht-Augenarzt/-ärztin; erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) zum Nachweis retinaler Blutungen.

Die Systematic Reviews von Maguire et al. (2013b) und Piteau et al. (2012) stellten die OR für Symptome und Befunde bei Kindern bis zwei Jahre mit NASHT dar.

(Binenbaum et al. 2016) untersuchten in einer retrospektiven Studie den zeitlichen Verlauf und die Veränderung retinaler Blutungen bei 52 Kindern bis zwei Jahre mit intrakranieller Verletzung.

Das Systematic Review von Watts et al. (2013) zeigte bei 1.777 Früh- und Neugeborenen, dass die retinalen Blutungen bei 97% der untersuchten Früh- und Neugeborenen nach zehn Tagen nicht mehr nachweisbar waren.

Das Systematic Review von Maguire et al. (2013b) zeigt, dass retinale Blutungen nicht spezifisch sind für besondere Ereignisse, wie: Von 632 Kindern mit cerebralem Krampfanfall konnte bei zwei Kindern eine retinale Blutung im hinteren Pol nachgewiesen werden ohne weitere Verletzungen; bei 292 Kindern mit ALTE und bei 135 Kindern mit prolongiertem Husten wurden keine retinalen Blutungen nachgewiesen und bei 43 Kindern mit kardialer Reanimation wurden retinale Blutungen bei einem Kind mit offener kardialer Reanimation nachgewiesen.

Handlungsempfehlungen: Untersuchung der Augen

Nr. 80 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
Bei Kindern < 24 Monate mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung soll* eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden.	
Quelle: Maguire et al. 2013; RCPCH. 2017c	
LoE 2++	Empfehlungsgrad A*

Referenz

Maguire et al. 2013

LoE: 2++

Textauszug

Of the 62 included studies, 13 provided prevalence data (998 children, 504 abusive head trauma (AHT)). Overall, retinal haemorrhages (RH) were found in 78% of AHT vs 5% of nAHT. In a child with head trauma and RH, the OR that this is AHT is 14.7 (95% confidence intervals 6.39, 33.62) and the probability of abuse is 91%. Where recorded, RH were bilateral in 83% of abusive head trauma (AHT) compared with 8.3% in non-abusive head trauma (nAHT). RH¹ were numerous in AHT, and few in nAHT¹ located in the posterior pole, with only 10% extending to periphery. True prevalence of additional features, for example, retinal folds, could not be determined. There have been no new studies in 2014 to add to the meta-analysis of studies detailing retinal findings in children less than three years with a head injury. The current meta-analysis highlights the association between retinal haemorrhage and abusive head trauma (odds ratio of 15.31, 95% CI 18.78-25.74). New studies relating to retinal haemorrhages in other disease states and newborn infants have been added. Increasing emphasis has been placed on the detailed pattern of retinal findings and whether these characteristics may aid in distinguishing abusive head trauma from other aetiologies. Ophthalmologists may also encounter children with direct trauma to the eye as a direct consequence of abuse and a recent review highlights the characteristics that may assist in identifying these injuries. To date there are however no large scale comparison studies involving eye injuries due to abuse versus those due to accidental injury. It is vital that all children with suspected abusive head trauma (AHT) have their eyes examined thoroughly by an ophthalmologist (dilated pupils and indirect fundoscopy) for the presence of retinal haemorrhage.

RCPCH. 2017c

LoE: 2++

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.80

Diese Handlungsempfehlung wird in der Leitlinie zweimal aufgeführt. Sie beinhaltet für den betreffenden Themenbereich unterschiedliche Referenzen.

Die Qualität der Untersuchung der Augen bei Verdacht auf körperliche Misshandlung kann anhand der Definition des RCPCH abgelesen werden.

Nr. 101 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Die Untersuchung der Augen soll* beidseitig, indirekt durch die erweiterte Pupille und standardisiert durch eine_einen Augenarzt_ärztin, erfolgen.

Folgende Fragen sollen* beantwortet werden:

- Liegt eine retinale Blutung vor?
- Ist die Blutung ein- oder beidseitig?
- Welche Ausprägung der retinalen Blutung liegt vor?
(mild (1-10 Blutungen), moderat (11-20 Blutungen) oder schwer (>20 Blutungen))
- Sind mehrere Schichten der Netzhaut betroffen?
- Sind mehrere Augenabschnitte betroffen?
- Wo befinden sich die Blutungen innerhalb des Fundus?
(parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.)

Mit Zunahme der Anzahl der Befunde bzw. einer Ausdehnung nach peripher erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer misshandlungsbedingten Schädelhirnverletzung.

Quelle: Bhardwaj et al. 2010; Morad et al. 2003; RCPCH. 2017c

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Bhardwaj et al. 2010

LoE: 2++

Textauszug

Prospective, consecutive studies confirm that IOH in infants—particularly bilateral, extensive, and multilayered—are highly specific for AHT. Optic nerve sheath hemorrhages are significantly more common in AHT than in other conditions, in autopsy studies. Traumatic retinoschisis and perimacular folds are present in a minority of AHT, but rarely seen in other conditions.

Morad et al. 2003

LoE: 3

The study group included 75 children. Records sufficient for completion of this study were available on 72 patients with an average age of 10.6 ± 10.4 months (range, 2-48 months). None of the charts had records of fundus examination done by more than one non-ophthalmologist or one staff ophthalmologist. Sixty-one patients (85%) had retinal haemorrhages RHs¹ documented by the ophthalmology consultant. All patients initially presented to a service other than ophthalmology. In 14 cases (19%), the non-ophthalmologist indicated that he/she attempted, but was unable, to examine the retina. In 26 children (35%), there was no documentation regarding fundus examination. In 32 (44%) patients, non-ophthalmologists successfully examined the fundi and recorded their results. They correctly diagnosed the presence or absence of retinal hemorrhages (RHs¹) in 28 of 32 (87%) patients: 24 had RHs¹. In 4 of 32 patients (13%), non-ophthalmologists incorrectly documented normal retinas, whereas in fact, RHs¹ were present (false-negatives, Table). In no case did the non-ophthalmologist report hemorrhages where none existed (false-positives).

RCPCH. 2017c

LoE: 2++

Fundal examination must be conducted by an ophthalmologist with papillary dilatation and use of indirect ophthalmoscopy in order to ensure that haemorrhages to the periphery are accurately noted

Nr. 102 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung sollte* die Untersuchung der Augen zeitnah, möglichst innerhalb der ersten 24 Stunden nach Vorstellung des Kindes, erfolgen. KKP: Hierbei sollte* beachtet werden, dass der Zeitpunkt eines möglichen Ereignisses nicht dem Zeitpunkt der Erstvorstellung des Kindes z.B. in einer Klinik entspricht. Mit zunehmendem Abstand zum Ereignis (bis zu vier Wochen) verringert sich die Wahrscheinlichkeit des Nachweises einer stattgehabten retinalen Blutung.

Quelle: Binnenbaum et al. 2016; Watts et al. 2013

LoE 2++ bis
2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Binnenbaum et al. 2016
LoE: 2+

Textauszug

A total of 91 eyes of 52 children were studied. All eyes had intraretinal hemorrhage (IRH) (62 eyes with too numerous to count (TNTC)). In all but one eye, IRH resolved to none or mild within 1-2 weeks. TNTC IRH did not persist beyond a few days. The longest an isolated IRH persisted was 32 days. Preretinal hemorrhage (PRH) was present in 68 eyes, persisting 5-111 days. On initial examination, 25% of eyes had only IRH, 75% both PRH and IRH; no eyes had only PRH. At 2 weeks, 3% had only IRH¹, 18% both, and 45% only PRH. In no eyes did RH¹ worsen.

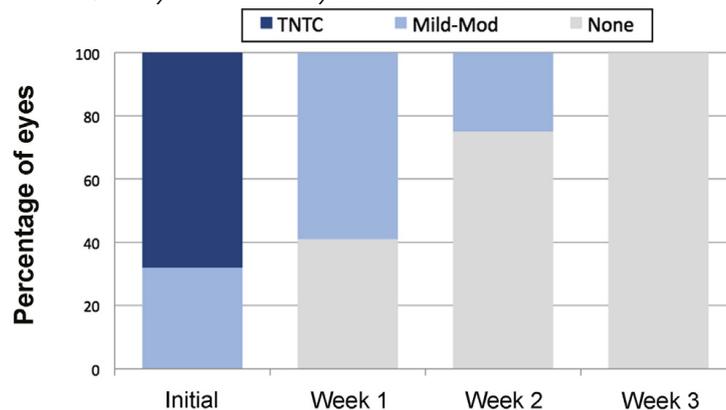


FIG 3. Number of intraretinal hemorrhages present at initial examination and at subsequent weekly time points. TNTC, too-numerous-to count IRHs; Mild-mod, mild to moderate number of IRHs (1-20 hemorrhages).

Watts et al. 2013
LoE: 2++

The retinal hemorrhages are predominantly bilateral, intraretinal, and posterior. Limited available data noted that the majority resolving within 10 days and over 97% within 42 days.

Nr. 103 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern mit folgenden singulären Ereignissen ist die Wahrscheinlichkeit einer retinalen Blutung sehr gering bis nicht gegeben:

- cerebrale Krampfanfälle
- «Apparent Life-Threatening Events» (ALTE),
jetzt «Brief Resolved Unexplained Events» (BRUE)
- forciertes Husten
- forciertes Erbrechen
- kardiopulmonale Reanimation.

Liegt bei diesen Kindern eine retinale Blutung vor, sollte* dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Ursache nachgegangen werden.

Quelle: RCPCH. 2017c
LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

RCPCH. 2017c
LoE: 2++

Textauszug

Conditions in which retinal haemorrhages are proposed to occur Seizures:

- Five studies examined children with seizures, reflecting 397 children
- 235 cases had febrile seizures; the remaining cases included epilepsy, metabolic disease, infection or cerebrovascular accident
- Retinal haemorrhages were only recorded in two cases
 - o Mei-Zahav et al.; an infant with generalised seizure and no other risk factors who had flame-shaped haemorrhages in the posterior pole unilaterally
 - o Rubin et al. – single case report of an infant with hyponatremia and prolonged seizure who had multiple retinal haemorrhages in the posterior poles bilaterally

Apparent life-threatening events

- 292 cases in children aged less than two years old were examined
- No retinal haemorrhages were found in any children examined

Prolonged coughing

- 135 cases in children aged less than two years old were examined
- No retinal haemorrhages were found in any children examined

Cardiopulmonary resuscitation

- A single study met our inclusion criteria: 43 children were examined following resuscitation
- One infant was noted to have bilateral, numerous, punctuate haemorrhages. However, this child also had one hour of open chest cardiac massage with deranged clotting and platelet counts

4.4.6 Differentialdiagnosen

Die Handlungsempfehlungen dieses Themenblocks beschäftigen sich zum einen mit Erkrankungen, die typischen Befunden einer körperlichen Misshandlung ähneln und ggf. dazu führen, dass Eltern zu Unrecht dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung ausgesetzt werden könnten. Zum anderen soll aber auch die Frage beantwortet werden, in welchem Umfang bei Kindern und Jugendlichen mit bestätigter Misshandlung eine diagnostische Abklärung einer Fraktur oder auch eines nicht akzidentellen Schädelhirntraumas erfolgen muss.

Anhand der Handlungsempfehlungen soll deutlich werden, wie wichtig eine sorgfältige und umfassende Diagnostik beim Verdachtsfall auf eine Misshandlung durchgeführt werden muss, um gerade auch seltene Erkrankungen und Syndrome bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen. Dieses Vorgehen sollte auch Grundlage bei Verdacht auf Missbrauch und Vernachlässigung sein.

Die Unterscheidung zwischen einer akzidentellen und nicht akzidentellen Verletzung birgt dabei die größte Herausforderung, da die eindeutigste Bestätigung durch Kinder und Jugendliche selbst oder durch Zeugen erbracht werden kann. Die Handlungsempfehlungen zur bildgebenden Diagnostik bei NASHT, Frakturen, thermischen Verletzungen und Hämatomen sollen helfen, auch hier eine Bestätigung für eine Misshandlung anhand sorgfältiger Diagnostik zu erbringen.

Letztlich entscheidet das Gericht auf der Grundlage fundierter und transparenter medizinischer Abwägung einer klinischen Konstellation sowie unter Berücksichtigung familiärer und sozialer Aspekte. Ärzte/-innen haben als Gutachter/-in und als Wissenschaftler/-in die Pflicht, die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Entscheidung unparteiisch beizutragen (Sperhake und Herrmann 2008).



Durchführung einer sorgfältigen Anamnese und Diagnostik bei jedem Verdacht auf eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklungs-) Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

Evidenzlage für körperliche Misshandlung

Es besteht eine Evidenz für das differentialdiagnostische Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlung. Es werden Erkrankungen wie angeborene Stoffwechselerkrankungen, die Glutarazidurie Typ 1 und Osteogenesis imperfecta einzeln betrachtet.

In einer retrospektiven Datenanalyse (ExSTRA research network) von 2890 Kindern untersuchte Metz et al. (2014) alle Kinder, bei denen eine körperliche Misshandlung bestätigt wurde. Bei diesen 28% der Fälle konnten aufgrund einer körperlichen Untersuchung, Anamnese, der Bestimmung von Laborparametern, von Röntgenuntersuchungen und ggf. der Konsultation einer anderen medizinischen Disziplin Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden.

Diese Ergebnisse konnten auch anhand eines systematischen Reviews des Kinderschutzleitlinienbüros (AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018) bestätigt werden. In der systematischen Literaturrecherche konnten 66 Studien, Fallserien und -berichte ausgewertet. Bei diesen Studien wurden Kinder mit einer Misshandlung, Vernachlässigung oder einem Missbrauch als Differentialdiagnose für eine andere

Erkrankung oder umgekehrt untersucht. Die Bestätigung oder der Ausschluss einer Misshandlung gelang anhand klinischer Untersuchungen, anamnestischer Angaben, der Röntgendiagnostik, einer MRT oder „einfacher“ Laborparameter. Außerdem wurde die Prävalenz der untersuchten Differentialdiagnosen bestimmt.

Bei 43 Kindern, bei denen der Verdacht auf eine Misshandlung aufgrund von Frakturen bestand, wurde durch Zarate et al. (2016) geprüft, ob eine Aussage zur molekulargenetischen Diagnostik auf Osteogenesis imperfecta (OI) getroffen werden konnte. In 35 Fällen erfolgte eine entsprechende Diagnostik ohne Zeichen für eine OI und in acht Fällen erfolgte eine Diagnostik aufgrund der Familienanamnese und/oder klinischer Zeichen. Ein positiver molekulargenetischer Befund für OI ergab sich für fünf Fälle bei den Kindern, die bereits klinisch und familienanamnestisch bestimmt wurden.

In dem Review von Pereira et al. (2015) wird anhand von Kohortenstudien systematisch herausgearbeitet, welche klinischen, radiologischen und genetischen Befunde bei Kindern mit Osteogenesis imperfecta vorliegen im Vergleich zu Kindern mit einer Misshandlung. Das Ergebnis zeigt, dass eine Unterscheidung durch Frakturtyp, -lokalisierung und spezielle radiologische Befunde sinnvoll ist.

Das Review von Scholl-Bürgi et al. (2016) benennt angeborene Stoffwechselstörungen, deren klinische Zeichen mit der einer Misshandlung übereinstimmen können. Es wird besonders auf die Notwendigkeit anamnestischer Angaben hingewiesen, um angeborene Stoffwechselerkrankungen zu diagnostizieren. Die systematische Fallanalyse von Vester et al. (2015) untersuchte 20 Kinder mit nachgewiesener Glutharazidurie Typ 1 und subduralen Hämatomen in der MRT. Es zeigte sich, dass bei 19 der 20 Kinder weitere Veränderungen in der MRT festzustellen waren. Bei acht Kindern wurde der Verdacht auf eine Misshandlung ausgeschlossen.

Evidenzlage für sexuellen Missbrauch

Die in der Literatur vorliegenden Fallberichte für Differentialdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch benennen vor allem Fälle, in denen das Vorliegen eines Urethralprolaps oder eines Lichen sclerosus zu einem Verdacht auf sexuellen Missbrauch führte. In der etablierten Referenz-Leitlinie von Adams et al. (2018) sind sowohl körperliche Befunde als auch Infektionen und forensisch-diagnostische Befunde zusammengestellt, die zur Interpretation bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch herangezogen werden können.

Handlungsempfehlungen: Differentialdiagnosen

Nr. 104 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsens (88%)
Bei Kindern und Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollte* keine weitergehende Diagnostik zum Ausschluss von Krankheiten erfolgen, die eine Kindesmisshandlung imitieren können.		
Quelle:	Pereira et al. 2015; Scholl-Burgi et al. 2016; Vester et al. 2015; Zarate et al. 2016	Empfehlungsgrad B*
LoE 2- bis 4		

Referenz

Pereira et al. 2015

LoE: 3

Textauszug

Although non-accidental injuries (NAI) are more common in cases of unexplained fractures than rare disorders such as osteogenesis imperfecta (OI), ruling out OI and other medical causes of fracture is always indicated. The majority of OI patients can be diagnosed with the help of family history, physical examination, and radiographic findings. In particular, there are a few radiological findings which are seen more commonly in NAI than in OI which may help guide clinician considerations regarding the probability of either of these diagnoses. At the same time, molecular testing still merits careful consideration in cases with unexplained fractures without obvious additional signs of abuse.

Scholl-Burgi et al. 2016

LoE: 4

Angeborene Stoffwechselstörungen und andere seltene Erkrankungen sind wichtige Differenzialdiagnosen, insbesondere wenn schon vor dem aktuellen Anlassfall klinische Symptome aufgetreten sind. Bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung und entsprechender klinischer Symptomatik sind diese Differenzialdiagnosen abzuklären, um falsche Verdächtigungen zu entkräften und rasch spezifische Behandlungen zu ermöglichen.

Vester et al. 2015

LoE: 3

From this systematic review we conclude that SDHs in 19/20 children with GA1 are accompanied by other brain abnormalities specific for GA1. One case with doubtful circumstances was the exception to this rule.

Zarate et al. 2016

LoE: 2-

In this study, we presented a unique perspective from the clinical side, and reviewed the indications and results of osteogenesis imperfecta (OI) molecular genetic testing as well as the final diagnosis, as determined by the multidisciplinary evaluation team, in a cohort of children with fractures that was evaluated for child abuse. None of the patients tested for OI when maltreatment was suspected were identified to have pathogenic variants. Conversely, the two cases with confirmed OI had some clinical signs that were easily recognizable and that led to the initial suspicion of OI.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.104

Grundlagen dieser Empfehlung sind:

Die Durchführung einer sorgfältigen Anamnese und Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Misshandlung. Dieses Vorgehen beinhaltet auch, dass anhand der ausführlichen Anamnese und der sich daraus ergebenden Diagnostik Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden konnten.

Eine als gesichert bezeichnete Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollte interdisziplinär und multiprofessionell bestätigt werden.

Spezifische Befunde für eine Misshandlung sind in den Themenblöcken Bildgebende Diagnostik, Frakturen, Hämatome und Untersuchung der Augen zu finden.

Das multidisziplinäre Team und/oder die Fallkonferenz haben Differentialdiagnosen mithilfe der ausführlichen Anamnese und der sich daraus ergebenden Diagnostik ausgeschlossen.

Das Vorgehen dazu ist in den weiteren Handlungsempfehlungen beschrieben. (Siehe Handlungsempfehlungen Nr. 105 bis Nr. 111)

Nr. 105 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf körperliche Misshandlung sollten* andere Ursachen (z.B. Unfälle oder Erkrankungen, die eine Misshandlung imitieren können) in die Differentialdiagnostik einbezogen werden.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018; Metz et al. 2014; Pereira et al. 2015; Scholl-Burgi et al. 2016
LoE 2+ bis 4

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018
LoE: 3

Die eingeschlossenen Fallstudien imitieren eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund der folgenden klinischen Symptome:

- Frakturen
- retinale Blutungen
- intrakranielle Blutungen
- Verletzungszeichen der Haut.

Metz et al. 2014
LoE: 2+

However, the significant number and percent of subjects with identified mimics argues that physicians caring for these children and consulting CAPs consider, evaluate for and identify mimics. Likewise, among this overall cohort of nearly 3000 CAP evaluated subjects, the 53.3% judged to either be indeterminate for abuse (11.8%) or to reflect varying degrees of unlikely to have been abused (41.5%) speaks to primary clinicians' and CAPs' willingness to consider diagnoses other than abuse for subjects referred for abuse evaluations.

Pereira et al. 2015
LoE: 3

Unfortunately, non-accidental injuries (NAI) are more commonly seen than injuries secondary to medical issues such as osteogenesis imperfecta (OI).

As per the American College of Medical Genetics practice guideline on OI, in cases when the clinical diagnosis of OI is not apparent and the only feature of NAI present is unexplained fracture, lab testing may be the best way to provide the child and family with all possible safeguards.

Scholl-Burgi et al. 2016
LoE: 4

Angeborene Stoffwechselstörungen und andere seltene Erkrankungen sind wichtige Differenzialdiagnosen, insbesondere wenn schon vor dem aktuellen Anlassfall klinische Symptome aufgetreten sind. Bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung und entsprechender klinischer Symptomatik sind diese Differenzialdiagnosen abzuklären, um falsche Verdächtigungen zu entkräften und rasch spezifische Behandlungen zu ermöglichen.

Nr. 106 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollten* folgende Erkrankungen differentialdiagnostisch berücksichtigt werden:

1. Osteochondrodysplasien (z.B.: Osteogenesis imperfecta, Osteopetrose, Pyknodysostose)
2. Rachitis
3. Menkes disease
4. Leber- und Nierenversagen (chronisch)
5. Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie (FHH)
6. Pain insensitivity syndrome (zum Beispiel: hereditary sensory and autonomic neuropathies (HSANs))
7. Hyper IgE-Syndrom.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 50.000-100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung sollte* nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
 - Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe Nr. 83 & 85)
 - Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzten/-innen.

Sind die aufgeführten Untersuchungen unauffällig, ist das Vorliegen der sogenannten Erkrankungen nahezu ausgeschlossen.

Ist eine der aufgeführten Untersuchungen auffällig oder besteht weiterhin der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, sollten* weitere Untersuchungen erfolgen (siehe Nr. 107).

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018; Metz et al.

LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018

LoE: 3

Textauszug

Für seltene Erkrankungen sind anamnestiche, klinische oder diagnostische (Labor, Röntgen, MRT) Befunde hinweisgebend und lassen sich von einer Kindesmisshandlung differenzieren. Die Bestätigung dieser speziellen Diagnose erfolgt dann gesondert.

Folgende Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien imitieren eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von Frakturen bei Kindern und/oder Jugendlichen:

Osteogenesis imperfecta, Osteopetrose, Pyknodysostose, Rachitis, Menkes disease, chronisches Leber- und Nierenversagen, Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie (FHH), Pain insensitivity syndrome (zum Beispiel: hereditary sensory and autonomic neuropathies (HSANs)), Hyper IgE-Syndrom.

Metz et al. 2014

LoE:2+

In the majority of cases, mimics were identified using multiple modalities. A skeletal survey was important in the diagnosis of 25% of cases. CT scan and MRI were used in diagnosis of 19% and 16% of mimics, respectively. Neuroimaging alone was used to determine mimic diagnoses in all cases

categorised as neurologic. As expected, the skeletal survey was most helpful in determining osteomalacia/osteoporosis as a mimic. Haematology consultations were used most often in determining mimics categorised as haematologic/vascular (31%).

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.106

Bei Säuglingen ist in Hinblick auf eine mögliche Frühgeborenenosteopenie als Ursache für eine Fraktur eine Frühgeburtlichkeit in der Eigenanamnese zu berücksichtigen.

Nr. 107 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollten* folgende Untersuchungen im Rahmen der Differentialdiagnostik durchgeführt werden (siehe Nr. 106):

- im Blut: kleines Blutbild
- im Serum: Kalzium, Phosphat, alkalische Phosphatase, 25 OHD, PTH, Kupfer, Coeruloplasmin, Transaminasen, Bilirubin, Gallensäuren, Kreatinin, IgE
- im Urin: Kalzium, Phosphat, Kreatinin

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018: Metz et al.
LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF-S3 Kinderschutz-
leitlinienbüro 2018

LoE: 3

Metz et al. 2014

LoE:2+

Textauszug

Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien, die eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von Frakturen bei Kindern und/oder Jugendlichen imitieren, können anhand anamnestischer, klinischer und/oder radiologischer Befunde und/oder Laboruntersuchungen erkannt werden.

Of the 81 mimics, 28% were classified as metabolic bone disease, 20% as haematologic/vascular, 16% infectious, 10% skeletal dysplasia, 9% neurologic, 5% oncologic, 2% gastrointestinal and 10% other (table 3). The most common mimics reported were osteomalacia/osteoporosis (n=11) and vitamin D deficiency (n=6).

Nr. 108 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollten* bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus den Handlungsempfehlungen Nr. 106 oder Nr. 110 entsprechende medizinische Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018; Metz et al.
LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF-S3 Kinderschutz-
leitlinienbüro 2018

LoE: 3

Metz et al. 2014

LoE: 2+

Textauszug

Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien, die eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von Frakturen bei Kindern und/oder Jugendlichen imitieren, können anhand der Beurteilung verschiedener Fachdisziplinen erkannt werden.

Some subjects had multiple initial clinical findings, only one of which was eventually determined to be a mimic. Some children also were recognised to have findings that might better be termed 'artifacts' than 'mimics', such as apparent clavicle or skull fractures on initial imaging, that were later discounted by more definitive studies. These also have been considered mimics if they raised the treating clinician's concerns for abuse

Nr. 109 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollten* bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus Handlungsempfehlung Nr. 110 entsprechende Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018; Metz et al.

LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF-S3 Kinderschutz-
leitlinienbüro 2018

LoE: 3

Metz et al. 2014

LoE: 2+

Textauszug

Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien, die eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von retinalen Blutungen und/oder intrakraniellen Blutungen bei Kindern und/oder Jugendlichen imitieren, können anhand der Beurteilung verschiedener Fachdisziplinen erkannt werden.

Some subjects had multiple initial clinical findings, only one of which was eventually determined to be a mimic. Some children also were recognised to have findings that might better be termed 'artifacts' than 'mimics', such as apparent clavicle or skull fractures on initial imaging, that were later discounted by more definitive studies. These also have been considered mimics if they raised the treating clinician's concerns for abuse.

Nr. 110 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Kopfverletzung mit intrakranieller Beteiligung sollten* folgende Erkrankungen als Differentialdiagnose erwogen werden:

1. Glutarazidurie Typ I
2. Methylmalonazidurie und Homocystinurie Typ cblC
3. D-2-Hydroxyglutarazidurie
4. Progressive Familiäre Intrahepatische Cholestase Typ II
5. Menkes disease
6. Osteogenesis imperfecta
7. Infantile Osteopetrose
8. zerebrales arterielles Aneurysma
9. zerebrale arteriovenöse Malformationen
10. Gerinnungsstörungen
11. Leberversagen.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 1000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung dieser Erkrankungen sollte nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese, insbesondere Blutungs- und Gerinnungsanamnese (siehe Nr.67)
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Untersuchung des Augenhintergrundes (siehe Nr. 101)
- Laboruntersuchungen aus Handlungsempfehlung Nr. 107 und zusätzlich
 - im Serum: Homocystein, Gerinnungsanalyse (Globaltests, Faktor-Analyse, Plättchen-Funktionstests) – falls möglich nach Rücksprache mit einem (pädiatrischen) Hämostaseologen
 - im Urin: organische Säuren
- cMRT
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
 - Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe Nr. 83 & Nr. 85)

Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzten_innen.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018; Metz et al.
LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Referenz

AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro 2018
LoE: 3

Textauszug

Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien, die eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von retinalen Blutungen und/oder intrakraniellen Blutungen bei Kindern und/oder Jugendlichen imitieren, können anhand anamnestischer, klinischer und/oder radiologischer Befunde und/oder Laboruntersuchungen erkannt werden.

Folgende Erkrankungen der eingeschlossenen Fallstudien imitieren eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund von retinalen Blutungen und/oder intrakraniellen Blutungen bei Kindern und/oder Jugendlichen:

Glutarazidurie Typ I, Methylmalonsäure im Urin und Homocystinurie (cblC defect), D-2-Hydroxyglutarazidurie, Progressive familiäre intrahepatische Cholestase Typ II, Menkes disease, (Dowling-)Degos disease, Fibromuskuläre Dysplasie, Osteogenesis imperfecta, Infantile Osteopetrose, zerebrales arterielles Aneurysma, zerebrale arteriovenöse Malformationen, Blutungsstörungen, Leberversagen.

Metz et al. 2014

LoE: 2+

Some subjects had multiple initial clinical findings, only one of which was eventually determined to be a mimic. Some children also were recognised to have findings that might better be termed 'artifacts' than 'mimics', such as apparent clavicle or skull fractures on initial imaging, that were later discounted by more definitive studies. These also have been considered mimics if they raised the treating clinician's concerns for abuse.

Nr. 111 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Hautverletzungen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung sollten* frühzeitig Fachdisziplinen (z.B. Dermatologie, Rechtsmedizin, Ärzten_innen mit Kinderschutzerfahrung) hinzugezogen werden.

Quelle: Metz et al. 2014

LoE 2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Metz et al. 2014

LoE: 2+

Textauszug

The categorisation between non-cutaneous and strictly cutaneous mimics was at times difficult. While most of the time the distinction was clear, there were several instances in which consensus was sought from the third expert.

4.4.7 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Dieser Themenblock befasst sich mit der medizinischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Ziel soll es sein, mithilfe der Handlungsempfehlungen das Vorgehen zur Befunderhebung im Verdachtsfall darzustellen.

Streng dem Ansatz folgend, dass jegliche Diagnostik zur Diagnose führen soll, und dem Wissen, dass insbesondere beim sexuellen Kindesmissbrauch die somatischen Befunde selten oder wenig ausgeprägt auftreten, und wenn, dann in signifikanter Beziehung zur Zeitlichkeit des Geschehens stehen, ist es von überaus großer Bedeutung, die Einzelbefunde, die sich aus den unterschiedlichen diagnostischen Maßnahmen ergeben, möglichst vollständig in die Gesamtbewertung miteinzubeziehen. Dies ist ausschließlich im multiprofessionellen Team möglich.

Dabei ist anzumerken, dass selbst Befunde wie eine Schwangerschaft oder der Nachweis von Samen oder Sperma auf dem Körper des Kindes, ohne Beachtung des Alters der Kinder, strenggenommen und wörtlich übersetzt als beweisend für einen sexuellen Kontakt, nicht für einen sexuellen Missbrauch stehen. Ein Normalbefund aller Untersuchungen heißt allerdings auch nicht, dass ein sexueller Übergriff nicht stattgefunden hat. Anzumerken ist hierbei, dass in Deutschland nach § 176 StGB jegliche sexuelle Handlung an einer Person unter 14 Jahren strafbar. Das bedeutet gerade, dass ein sexueller Kontakt mit einem Kind (also unter 14 Jahren) stets den Tatbestand des § 176 StGB erfüllt. Bei sexuellen Kontakten von Jugendlichen müssen in der Tat andere Merkmale hinzutreten, um den Tatbestand des Missbrauchs von Jugendlichen (§182 StGB) zu erfüllen.

So ergeben sich auch nach präziser Durchführung der wiedergegebenen Handlungsempfehlungen oft mehrere Möglichkeiten des weiteren Vorgehens (Abb. 26), insbesondere bei der Wichtung der Ergebnisse und der daraus resultierenden Bestätigung der Diagnose eines Missbrauchs nach Maguire et al. (2013) bzw. den daraus resultierenden möglichen Therapieansätzen.



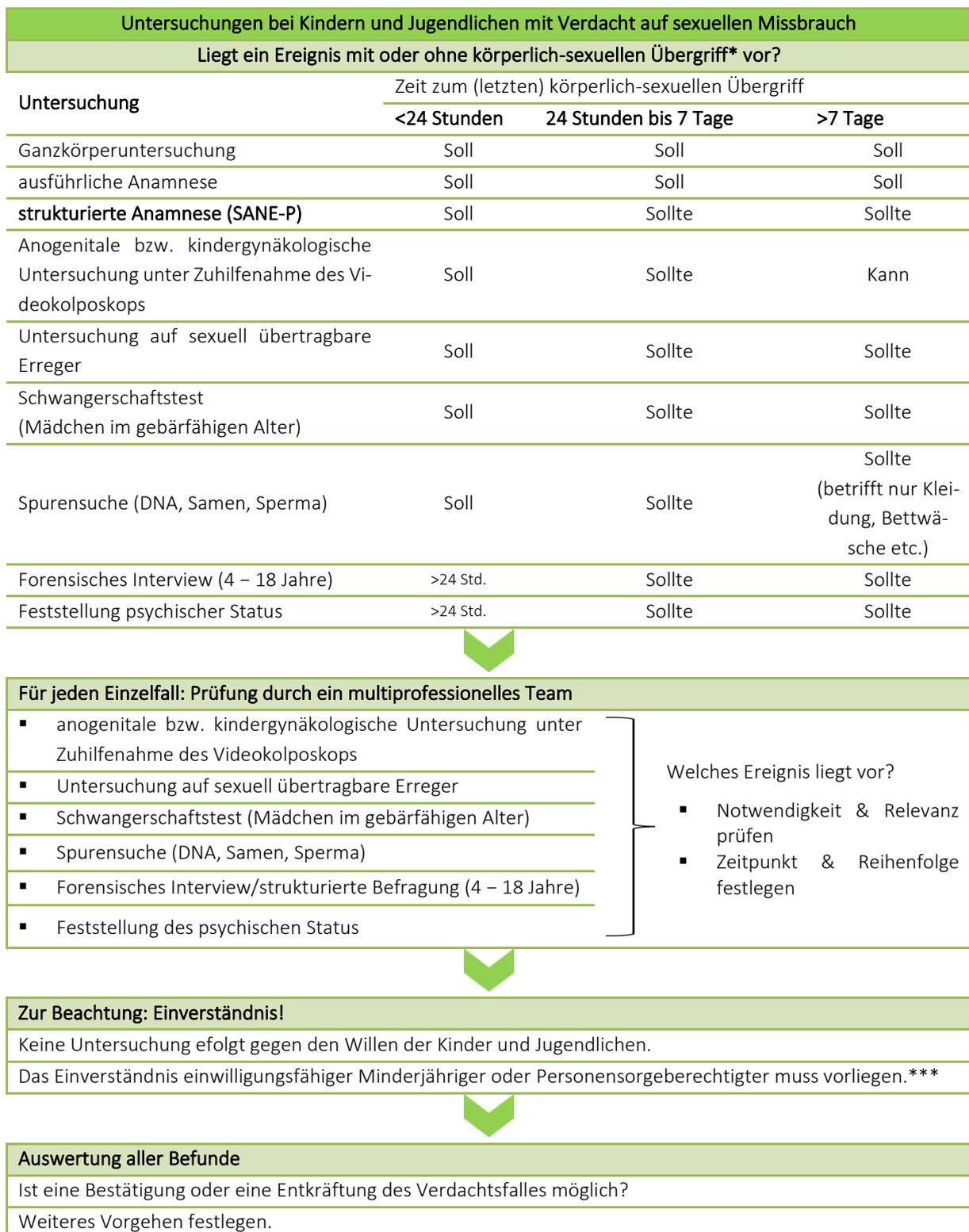
Alle Handlungsempfehlungen zur Untersuchung von Kindern und Jugendlichen setzen das Einverständnis der Patienten_innen unter Beachtung der Rechtsnorm voraus.

Anmerkungen

Die Handlungsempfehlungen zur medizinischen Diagnostik beziehen sich auf die Kohorte der Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die aufgrund eines körperlich-sexuellen Übergriffes untersucht werden.

Spezielle Handlungsempfehlungen zur psychologischen Evaluation oder zu sexuellem Missbrauch in Zusammenhang von bspw. Pornographie liegen nicht vor.

Abb. 26 (zeitlicher) Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch



*Kriterien für einen körperlich-sexuellen Übergriff

- Kontakt mit den Genitalien, Samen, Blut oder Speichel des/der Täters/-in
- stattgehabter Kampf, der Haut oder Blut des/der mutmaßlichen Täters/-in auf dem Körper des Opfers hinterlassen haben könnte
- mögliche Kontamination auf Kleidung oder Körper des Opfers

**z.B. P-SANE (siehe Anhang 2)

***Hinweis „[Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern](#)“ (2018)

Evidenzlage

Die Evidenz bezieht sich auf die medizinische Diagnostik für die Kohorte der Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die aufgrund eines körperlich-sexuellen Übergriffes untersucht werden. Es liegt keine Evidenz zur psychologischen Exploration oder zu sexuellem Missbrauch in Zusammenhang mit Sozialen Medien oder Pornographie vor.

Die Handlungsempfehlungen zur Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch werden durch die verbreitete Leitlinie von Adams et al. (2016) und das Update von 2018 zur Interpretation medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch gestützt. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die medizinische Diagnostik, die Evidenz-Studien mit Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch aufgrund eines stattgehabten körperlich-sexuellen Übergriffes beinhalten. Hierzu wird die Leitlinie von Crawford-Jakubiak et al. (2017) als Referenz-Leitlinie genutzt, die Empfehlungen für Fachpersonal im Umgang mit Jugendlichen nach einem stattgehabten sexuellen Übergriff formuliert. Eine Ausnahme bildet die Referenz-Leitlinie von Kellogg et al. (2009), die Empfehlungen zur Herangehensweise bei Kindern mit sexualisiertem Verhalten formuliert.

zur kindergynäkologischen Untersuchung

- Eine standardisierte Dokumentation und Betreuung durch zuständiges Personal für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf körperlichen Missbrauch verbessern die Qualität der Befunderhebung (Hornor et al. 2012).
- Die Verwendung von Video- und Standbildern verbessert das Peer Reviewing (Killough et al. 2016).
- Kinder öffnen sich innerhalb der ersten 72 Stunden häufiger als danach, bezogen auf einen stattgehabten sexuellen Übergriff (Palusci et al. 2006).
- Anogenitale Befunde sind bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch selten (Heger et al. 2002).
- Signifikante Häufigkeit der Feststellung anogenitaler Verletzung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, wenn die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Übergriff erfolgt (Campbell et al. 2010).
- Pubertäre und postpubertäre Mädchen weisen auffällige anogenitale Befunde auch bis zu sieben Tagen nach einem sexuellen Übergriff mit Penetration auf (Watkeys et al. 2008).
- Anale Befunde wurden bei Kindern mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch innerhalb von sieben Tagen nach einem Übergriff festgestellt (Hobbs & Wright 2014).

Bezüglich der Befundung der kindergynäkologischen Untersuchung bleiben Fragen offen und die formulierte vorläufige Empfehlung erscheint vage. Dies ist jedoch zum größten Teil der Thematik selbst geschuldet: So gibt es keinen „beweisenden Befund“ für einen sexuellen Missbrauch bei der körperlichen Untersuchung, da auch beweisende Befunde eines Traumas alleine keine Kausalität im Sinne eines sexuellen Missbrauchs nach sich ziehen.

Anmerkung: In Deutschland ist nach § 176 StGB jegliche sexuelle Handlung an einer Person unter 14 Jahren strafbar. Das bedeutet gerade, dass ein sexueller Kontakt mit einem Kind (also unter 14 Jahren) stets den Tatbestand des § 176 StGB erfüllt. Bei sexuellen Kontakten von Jugendlichen müssen in der Tat andere Merkmale hinzutreten, um den Tatbestand des Missbrauchs von Jugendlichen (§182 StGB) zu erfüllen.

zu sexuell übertragbaren Erregern

- Urinproben auf sexuell übertragbare Infektionen sind durch die Abnahme von Fachpersonal weniger kontaminiert (Andersson et al. 2014).
- Die Verwendung von NAAT im Urin erhöht den Nachweis sexuell übertragbarer Infektionen (*Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG)); der NAAT ist weniger sensitiv, aber der PCR für CT überlegen (Esernio-Jenssen et al. 2011).
- Die Prävalenz für sexuell übertragbare Infektionen bei Kindern mit stattgehabtem sexuellem Missbrauch lag für CT bei 3,1%, bei NG bei 3,3 % und bei *Trichomonas vaginalis* (TV) bei 5,9% (Girardet et al. 2011).
- Ein Screening auf Herpes simplex Virus Typ 2 (HSV-2) bei Kindern mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch zeigt keinen häufigen Nachweis für HSV-2 (Ramos et al. 2006).

zur Spurensicherung

- Der DNA-Nachweis sollte am besten innerhalb der ersten 24 Stunden erfolgen (Thackerey et al. 2011).
- Der DNA-Nachweis kann auch anhand von Abstrichen gelingen, die > 24 Stunden nach stattgehabtem Übergriff entnommen werden (Girardet et al. 2009).
- Neben herkömmlichen invasiven Abstrichmethoden können Urinproben, die innerhalb von 24 Stunden nach einem Übergriff durchgeführt werden, eine wirksame biologische Spurensuchmethode für Y-DNA und Spermatozoen darstellen (Joki-Erkila et al. 2016).
- Der Nachweis von Sperma an Kleidungsstücken ist auch nach mehreren Monaten möglich (Brayley-Morris et al. 2015).
- Verweis auf [Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken](#) und lokale (rechtliche) Standards zur Spurensicherung anhand des Schneidens der Fingernägel oder des Auskämmens der Schamhaare etc.

Handlungsempfehlungen: Sexueller Missbrauch

Nr. 112 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (97%)
<p>Alle Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollen* geschlechts- und entwicklungspezifisch untersucht werden.</p> <p>Keine Untersuchung soll* gegen den Willen des_der Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden. Die Notwendigkeit und Festlegung des Datums der u.g. Untersuchungen sind abhängig von der Zeitspanne zwischen dem angegebenen sexuellen Übergriff und dem Untersuchungszeitpunkt (siehe Nr. 115 bis Nr. 118 und Abb. 26).</p> <p>Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese# sollen* ein/e</p> <ul style="list-style-type: none"> • anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops (siehe Nr. 114) • Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger (siehe Nr. 119) • Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter) • Spurensuche (DNA, Samen, Sperma) • Forensisches Interview (4 – 18 Jahre) • Feststellung des psychischen Status <p>erfolgen.</p> <p>Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen sollen* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden.</p> <p>Die Ergebnisse aller Untersuchungen sollen* gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.</p>	
<p>Quelle: Adams et al. 2015; Adams et al. 2018; Campbell et al. 2009; Crawford-Jakubiak et al. 2015; Girardet et al. 2011; Killough et al. 2015</p> <p>LoE 2+ bis 3</p>	 <p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz

Adams et al. 2015
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

Textauszug

While the Interpretation Table remains an important component of this evolving treatise, the importance of the child's history in the diagnosis of sexual abuse cannot be overstated. Similarly, the patient's medical and mental health needs must be prioritized during the medical assessment. The provider has a key role in gathering the medical history, evaluating the medical and mental health needs of the child, and educating families, multidisciplinary partners, judges and jurors in the appropriate assessment, interpretation of findings, and management of sexually abused children and adolescents.

Medical History

An accurate and complete history is essential in making the medical diagnosis and determining appropriate treatment of child abuse.⁴ The history includes physical symptoms, emotional/behavioral symptoms, and information about the abuse needed to assess and manage suspected victims of abuse.

Examination

All children who are suspected victims of child sexual abuse should be offered an examination performed by a medical provider with specialized training in sexual abuse evaluation (Table 1). The urgency of the medical evaluation can be prioritized as emergency, urgent, or non-urgent.

Medical providers

Medical evaluations should be performed by a qualified provider with experience in child sexual abuse. Medical providers who perform higher numbers of child sexual abuse examinations³⁹, read current medical literature, and regularly review

cases with an expert demonstrate greater diagnostic accuracy in child sexual abuse evaluations⁴⁰.

Testing for Sexually Transmitted Infections

While these tests may offer more rapid turnaround and higher sensitivity than culture, confirmatory testing should be considered in cases where the result could have forensic significance and the population has a low prevalence of infection (e.g., young children).

Adams et al. 2015
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

Most sexually abused children will not have signs of genital or anal injury, especially when examined nonacutely. A recent study reported that only 2.2% (26 of 1160) of sexually abused girls examined nonacutely had diagnostic physical findings, whereas among those examined acutely, the prevalence of injuries was 21.4% (73 of 340). It is important for health care professionals who examine children who might have been sexually abused to be able to recognize and interpret any physical signs or laboratory results that might be found.

Campbell et al. 2009
LoE: 2+

Medical forensic exams for victims of childhood sexual abuse (CSA) can be a helpful resource for addressing patients' complex medical, psychological, and legal needs. These exams can be performed by physicians or forensic nurses to identify and treat injuries, evaluate the risk for sexually transmitted infections and pregnancy, and collect evidence.

Crawford-Jakubiak et al. 2015
AGREE II: 45%
Referenz-Leitlinie

Both forensic and toxicology sample collection should occur in a timely manner and in parallel. In some instances, previously collected samples may be allowed to be discarded at a later time or date. Poison Control Centers, vendor laboratories, and other toxicology resources can be consulted to ensure that specimens are collected and transported correctly. If drug facilitated sexual assault (DFSA) is suspected, even if the suspected drug may be alcohol, it is ideal to collect the first urine produced after the assault, if possible. It is encouraged that the collection and transport of specimens be coordinated by sexual assault response teams, health care providers, and law enforcement personnel.

Sexual assault is associated with a risk of pregnancy; 1 study reported a national pregnancy rate of 5% per rape among females 12 to 45 years of age.¹⁰⁵⁻¹⁰⁹ Pregnancy prevention and emergency contraception should be addressed with every adolescent female, including rape and sexual assault victims. The discussion can include the risks of failure of the preventive measures and options for pregnancy management. It is advised that a baseline urine pregnancy test be performed.

Girardet et al. 2011
LoE: 2+

Body samples should be considered for children beyond 24 hours after assault, although the yield is limited. Physical examination findings do not predict yield of forensic laboratory tests.

Killough et al. 2015
LoE: 3

Use of video vs. still images resulted in increased agreement with original examiner and changes in diagnostic impressions in review of CSA exams. Further study is warranted, as video imaging may have significant impacts on diagnosis.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.112

Diese Handlungsempfehlung soll helfen, das diagnostische Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch zu planen.

Dabei ist jede Untersuchung für jedes Kind und jede_jeden Jugendliche_n auf seine Relevanz, Notwendigkeit und auf den Zeitpunkt der Durchführung zu prüfen. Diese Prüfung soll durch ein multi-professionelles Team erfolgen (siehe Abb. 26).

Die Partizipation der Kinder und Jugendlichen besteht in der Aufklärung aller geplanten Untersuchungen und weiteren Schritte. Dazu gehört für jede Untersuchung die Einholung des Einverständnisses der einwilligungsfähigen Minderjährigen oder der Personensorgeberechtigten.

Nr. 113 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit körperlich-sexuellem Übergriff und einer schwerwiegenden akuten Verletzung sollte* unverzüglich ein Trauma des Bauchraumes und des Beckens ausgeschlossen werden.

Quelle: Abraham et al. 2016; RCPCH. 2017d

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Abraham et al. 2016

LoE: 3

Textauszug

However, a victim with a severe injury such as a vaginal rupture injury (colporrhexis) requires prompt identification and treatment. Our four patients all presented with hymenal transections, vaginal lacerations, and vaginal bleeding. In each case, the full extent of the injury was only appreciated once the patient was examined under general anesthesia in the operating room.

RCPCH: 2017dF

LoE: 2++

- *The majority of children had suffered from multiple additional injuries*
- *Two studies reported three infants: one child had up to 29 additional fractures recorded*
- *One study reported two case reports: one child had multiple burns and pelvic fractures; one was fatally abused due to associated intra-abdominal injuries*
- *Five studies included children with pelvic fractures with associated suspected or confirmed sexual abuse definite: One of these children was disabled and non-verbal*

Nr. 114 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei **Mädchen** mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anale und kindergynäkologische Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in vier Positionen durchgeführt werden:

1. Froschbein- oder Steinschnittlage
2. Knie-Brustlage
3. Seitenlage
4. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Bei **Jungen** mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anogenitale Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in drei Positionen durchgeführt werden:

1. Knie-Brustlage
2. Seitenlage
3. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Quelle: Adams et al. 2015; Myhre et al. 2013
LoE 2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Adams et al. 2015

AGREE II: 34%

Referenz-Leitlinie

<i>Examination Techniques</i>			
<i>Genital Exam Prepubertal Child</i>		<i>Anal Exam Prepubertal Child</i>	
<i>Exam positions</i>	<i>Supine frog-leg or lithotomy Prone knee-chest (PKC)</i>	<i>Exam positions (in order of preference)</i>	<i>Supine knee-chest Prone knee-chest Lateral decubitus</i>
<i>Exam technique</i>	<i>Labial separation and traction Prone knee-chest with gluteal lift Speculum exams not indicated unless child sedated</i>	<i>Exam technique</i>	<i>Buttock separation Prone knee-chest with gluteal lift</i>
<i>Confirmatory technique</i>	<i>Floating hymen with water or saline Prone knee-chest with gluteal lift</i>	<i>Confirmatory technique</i>	<i>Reassess after bowel movement, ambulating, or alternate position</i>
<i>Genital Exam Pubertal Child</i>		<i>Anal Exam Pubertal Child</i>	
<i>Exam positions</i>	<i>Supine lithotomy Prone knee-chest with gluteal lift</i>	<i>Exam positions</i>	<i>Supine knee-chest Prone knee-chest Lateral decubitus</i>
<i>Exam technique</i>	<i>Labial separation and traction Speculum exam can be done if >Tanner 3</i>	<i>Exam technique</i>	<i>Lateral buttock separation Gluteal lift in PKC</i>
<i>Confirmatory technique</i>	<i>Trace hymenal rim with cotton tip swab Foley catheter Prone knee-chest with gluteal lift</i>	<i>Confirmatory technique</i>	<i>Reassess after bowel movement, ambulating, or alternate position</i>

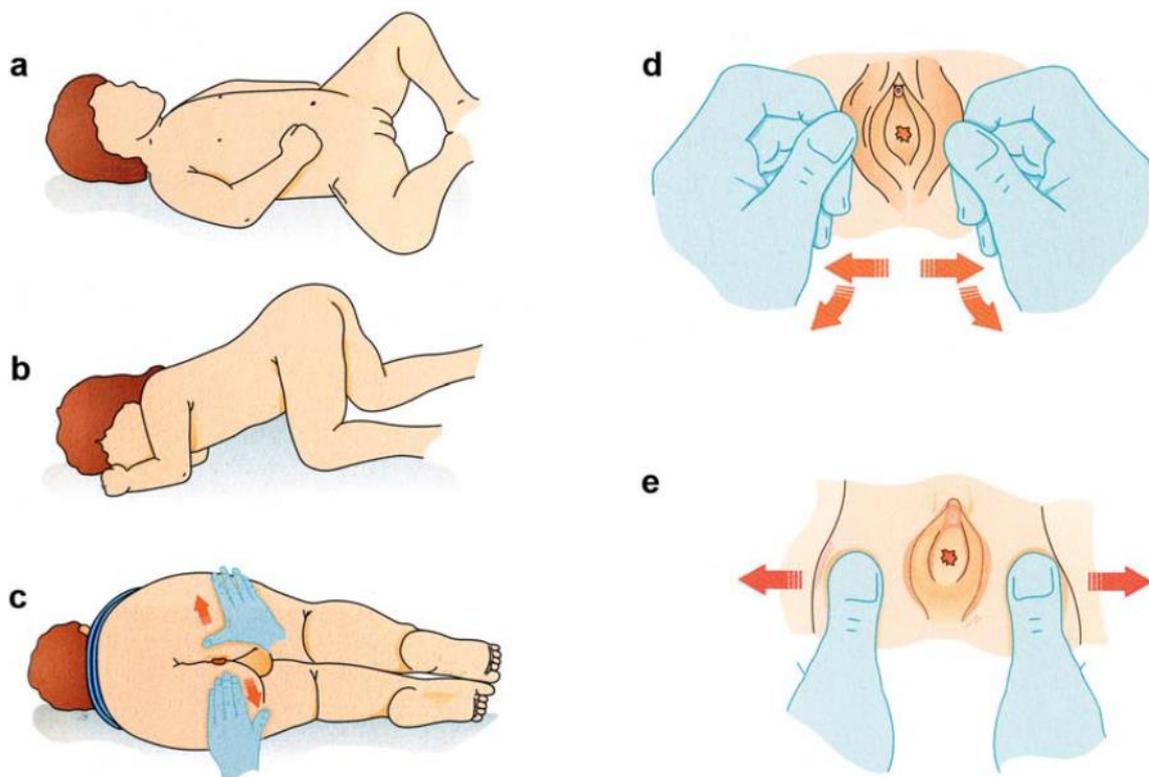
Myhre et al. 2013
LoE: 2+

Logistic regression analysis and stratification analysis confirmed a positive association of soiling, anal lacerations and anal fissures with anal penetration. Total anal dilation was significantly correlated with a history of anal penetration in girls, in children examined in the prone knee chest position and in children without anal symptoms. Several variables were found to be significantly associated with anal penetration, including the controversial finding of total anal dilatation.

Abbildung zu der Handlungsempfehlung Nr.114

Abb. 27 Darstellung zur kindergynäkologischen Untersuchung

Die Abbildung ist wiedergegeben nach (Herrmann et al. 2010) mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages.



Physical examination: a) supine position, b) knee-chest position, c) lateral decubitus position, d) labial traction, e) labial separation

Nr. 115 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine_n im Kinderschutz erfahrene_n Facharzt_ärztin mit besonderer Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik erfolgen. Die Untersuchung sollte* foto-, idealerweise videodokumentiert und nach den sogenannten Adams-Kriterien bewertet werden, um sie ggf. dem Peer-Reviewing zuführen zu können.

Die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen ist Voraussetzung für die Untersuchung (siehe Nr. 112).

Zum besseren Verständnis kann die Einteilung nach Adams wie folgt vereinfacht werden:

Befundkategorien	Bewertung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Normalbefunde 2. Normvarianten 3. Differentialdiagnosen, die fälschlicherweise für einen Missbrauch gehalten werden 	unauffällig
<ol style="list-style-type: none"> 1. Befunde durch Trauma und/oder Sexualkontakt <ol style="list-style-type: none"> a. Akute Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus, welche akzidentell oder zugefügt sein können b. Residuen (heilender) Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus 2. Befunde, die auf eine akute oder heilende Verletzung der Genitalien und/oder des Anus hinweisen 	auffällig

Quelle: Adams et al. 2018

Referenz-Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Adams et al. 2018

AGREE II: 34%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

Because it is important to correctly diagnose and interpret medical findings in children who might have been sexually abused, guidelines for medical assessment published in 2016 included a table detailing a suggested approach to interpreting findings as normal, caused by other conditions, and caused by trauma or sexual contact.

<i>Approach to Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse</i>
Section 1. Physical findings
A. Findings documented in newborns or commonly seen in nonabused children. These findings are normal and are unrelated to a child's disclosure of sexual abuse. <i>1-11 findings</i>
B. Findings commonly caused by medical conditions other than trauma or sexual contact. These findings require that a differential diagnosis be considered, because each might have several different causes. <i>12-19 findings</i>
C. Findings due to other conditions, which can be mistaken for abuse. <i>20-25 findings</i>

<p>D. No expert consensus regarding degree of significance. These physical findings have been associated with a history of sexual abuse in some studies, but at present, there is no expert consensus as to how much weight they should be given, with respect to abuse. Findings 27 and 28 should be confirmed using additional examination positions and/or techniques, to ensure they are not normal variants (findings 1.i, 1.j) or a finding of residual traumatic injury. (finding 37) <i>26-28 findings</i></p>
<p>E. Findings caused by trauma. These findings are highly suggestive of abuse, even in the absence of a disclosure from the child, unless the child and/or caretaker provides a timely and plausible description of accidental anogenital straddle, crush or impalement injury, or past surgical interventions that are confirmed from review of medical records. Findings that might represent residual/healing injuries should be confirmed using additional examination positions and/or techniques.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute trauma to genital/anal tissues <i>29-34 findings</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Residual (healing) injuries to genital/anal tissues <i>35-38 findings</i>
<p>Section 2. Infections</p>
<p>1. Infections not related to sexual contact <i>39-40 findings</i></p>
<p>B. Infections that can be spread by nonsexual as well as sexual transmission. Interpretation of these infections might require additional information, such as mother's gynecologic history (HPV) or child's history of oral lesions (HSV), or presence of lesions elsewhere on the body (Molluscum) which might clarify likelihood of sexual transmission. After complete assessment, a report to Child Protective Services might be indicated in some cases. Photographs or video recordings of these findings should be taken, then evaluated and confirmed by an expert in sexual abuse evaluation to ensure accurate diagnosis. <i>41-43 findings</i></p>
<p>C. Infections caused by sexual contact, if confirmed using appropriate testing, and perinatal transmission has been ruled out <i>44-48 findings</i></p>
<p>Section 3. Findings diagnostic of sexual</p>
<p>49. Pregnancy 50. Semen identified in forensic specimens taken directly from a child's body</p>

Nr. 116 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

In diesem Zeitraum sollen* eine strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE, siehe Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123) durchgeführt werden.

Quelle: Adams et al. 2015; Campbell et al. 2009; Hornor et al. 2012; McCann et al. 2007; Palusci et al. 2006; Watkeys et al. 2008

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Adams et al. 2015
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

Textauszug

Subsequent studies have confirmed that DNA is predominantly recovered when examinations of prepubertal children are conducted less than 24 hours from the time of the assault.^{9, 10}

Some young children will still benefit from evidence collection beyond 24 hours,¹³ especially in areas where DNA amplification is performed as part of crime lab analysis.

Campbell et al. 2009
LoE: 2+

Victims who were examined for suspected vaginal and/or anal assault were significantly more likely to have anogenital injuries, and patients examined within 24 hours of an assault were also significantly more likely to have documented injuries. Patients who were seen for vaginal and/or anal assaults and who had bathed since the assault were significantly less likely to have injury. Nurses who had less experience with pediatric medical forensic exams were somewhat more likely to document anogenital injuries. Findings suggest that clinical pediatric practice would benefit from additional practitioner training in injury detection to avoid false positives.

Hornor et al. 2012
LoE: 3

Detection and documentation of anogenital injury, evaluation and documentation of pregnancy status, and testing for N. gonorrhoea and C. trachomatis was significantly improved since implementation of the P-SANE Program compared to the historical control.

McCann et al. 2007
LoE: 2+

The hymenal injuries healed rapidly and except for the more extensive lacerations left no evidence of a previous injury.

Palusci et al. 2006
LoE: 2+

Children seen urgently were younger and had less frequent CPS involvement, more disclosures, and more positive physical examinations, and had more contact with older perpetrators than those seen non-urgently. Overall, most children were female and had normal or non-specific physical examinations. Certain case characteristics were predictive of evidence isolation in the 9% who had positive forensic evidence identified. Semen or sperm was identified from body swabs only from non-bathed, female children older than 10 years of age or on clothing or objects.

Watkeys et al. 2008
LoE: 2+

Pubertal and post-pubertal girls are more likely to have significant genital signs if they are examined within 7 days of the last episode of sexual abuse. Our findings suggest that abnormal anal signs are more likely to be present in the acute phase. This study indicates that children should be examined as soon as possible following a referral. This will have implications for clinical practice. Regardless of the lack of accurate history it will always be important to examine the child as soon as possible after disclosure.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.116

Der Fragebogen der Pediatric Sexual Assault Nurse Examiner (P-SANE) von (Hornor et al. 2012) befindet sich im Anhang 2.

Nr. 117 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (innerhalb der ersten 24 Stunden; siehe Nr. 116), sollte* eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung möglichst zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal sieben Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

Im Rahmen dieser Vorstellung sollten* die strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE, siehe Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), ein Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123) und das Forensische Interview (4-18 Jahre) durchgeführt werden (siehe Abb. 26).

Quelle: Adams et al. 2015; Hornor et al. 2012; Watkeys et al. 2008

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Adams et al. 2015

AGREE II: 34%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

Some jurisdictions have expanded the evidence collection window on adolescent and adult sexual assault to 5-7 days since sperm may be recovered from the cervix more than 72 hours after an assault.¹⁴ Collection of clothing, bedding, or other household items which may harbor potential trace evidence can occur at a later time and is not the role of the medical provider. Clinicians should become familiar with regional resources and recommendations regarding collection of evidence.

Hornor et al. 2012

LoE: 3

Detection and documentation of ano-genital injury, evaluation and documentation of pregnancy status, and testing for N. gonorrhoea and C. trachomatis was significantly improved since implementation of the P-SANE Program compared to the historical control.

Watkeys et al. 2008

LoE: 2+

Pubertal and post-pubertal girls are more likely to have significant genital signs if they are examined within 7 days of the last episode of sexual abuse. Our findings suggest that abnormal anal signs are more likely to be present in the acute phase. This study indicates that children should be examined as soon as possible following a referral. This will have implications for clinical practice. Regardless of the lack of accurate history it will always be important to examine the child as soon as possible after disclosure.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.117

Der Fragebogen der Pediatric Sexual Assault Nurse Examiner (P-SANE) von (Hornor et al. 2012) befindet sich im Anhang 2.

Nr. 118 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr. 116 & Nr. 117) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, sollte* eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch Nr. 112).

Quelle: Hobbs et al. 2014

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Hobbs et al. 2014

LoE: 2+

Textauszug

Novel signs seen significantly more commonly in cases were anal fold changes, swelling and twitching. Erythema, swelling and fold changes were seen most commonly within 7 days of last reported contact; RAD, laxity, venous congestion, fissure and twitching were observed up to 6 months after the alleged assault.

Nr. 119 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (90%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr. 116 bis 118), sollten* die strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P, s. Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123), auch nach einer Woche bis mehrere Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt und ein Forensisches Interview (4-18 Jahre) angeboten werden.

Quelle: Hornor et al. 2012

LoE 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Hornor et al. 2012

LoE: 3

Textauszug

Detection and documentation of anogenital injury, evaluation and documentation of pregnancy status, and testing for N. gonorrhoea and C. trachomatis was significantly improved since implementation of the P-SANE Program compared to the historical control.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.119

Der Fragebogen der Pediatric Sexual Assault Nurse Examiner (P-SANE) von (Hornor et al. 2012) befindet sich im Anhang 2.

Nr. 120 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen nach körperlich-sexuellem Übergriff soll* Folgendes auf folgende sexuell übertragbare Erreger untersucht werden:

- Urinuntersuchung auf:
 1. *Chlamydia trachomatis*
 2. *Neisseria gonorrhoea*
 3. *Trichomonas vaginalis*
- } Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Urin
- Anale Abstriche auf:
 1. *Chlamydia trachomatis*
 2. *Neisseria gonorrhoea*
- } Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Ausfluss sollen* oben genannte Erreger (1-3) zusätzlich in einem Abstrich des Exsudates mittels NAAT/PCR untersucht werden.

Verlaufskontrollen sollen* nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen. Auch die Prüfung der Indikation zur Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe (zum Beispiel bei Verdacht auf HIV) soll* nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Jedes positive Laborergebnis soll* durch den jeweiligen erregerspezifischen Test (Konfirmationsuntersuchung) bestätigt werden.

Quelle: Andersen et al. 2013; Adams et al. 2015; Adams et al. 2018; Esernio-Jenssen et al. 2011; Girardet et al. 2009; Joki-Erkkila et al. 2016; Ramos et al. 2006; Reading et al. 2007; Reading et al. 2014; Unger et al. 2011

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Adams et al. 2015
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

Textauszug

Culture of potentially infected sites has traditionally been the diagnostic gold standard for cases of possible sexual abuse/assault.18, 19 Culture is costly and limited by low sensitivity, especially in the identification of Chlamydia infection (as low as 20 % sensitive in prepubertal girls).20 Nucleic acid amplification testing (NAAT) has been in use for years in the sexually active adolescent and adult populations due to its higher sensitivity (100% by transcription mediated amplification),20 ability to collect a sample non-invasively, ability to test for both Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis with one sample, and its lower cost compared to culture.

When NAATs are used to diagnose infection in prepubertal children or older children in which the result could have significance in legal proceedings, confirmatory testing should be performed to exclude a possible false positive result. 20, 22, 23

Adams et al. 2018
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

In prepubertal children, the prevalence of sexually transmitted infections (STIs) among girls examined for possible sexual abuse is low; 6.7% for chlamydia and 1.8% for Neisseria gonorrhoea in 1 recent study.4 The American Academy of Pediatrics' Committee on Child Abuse and Neglect5 suggests that STI testing in prepubertal children be considered when:

- (1) Child has experienced penetration of the vagina or anus
- (2) Child has been abused by a stranger
- (3) Child has been abused by a perpetrator known to be infected with an STI or is at high risk for being infected (intravenous drug users, men who have sex with men, or people with multiple sexual encounters)
- (4) Child has a sibling or other relative in the household with an STI

- (5) Child lives in an area with a high rate of STI in the community
 (6) Child has signs or symptoms of an STI
 (7) Child has already been diagnosed with one STI
 Because of the ease of collection and possibility of asymptomatic infection, some centers obtain urine samples for nucleic acid amplification (NAAT) testing for *N. gonorrhoea* and *Chlamydia trachomatis* from all children evaluated for sexual abuse. When using this approach, the cost of such screening tests should be taken into consideration.
- Andersen et al. 2013
LoE: 2++
 The most contaminated toilets and bathrooms were in remote Indigenous communities. No contamination was found in the Northern Territory Government Sexual Assault Referral Centre clinics, and intermediate levels of contamination were found in sexual health clinics and in clinics in regional urban centres.
 The frequency of surrogate urine sample contamination was low but non-zero. For example, 4 of 558 of the urine surrogate specimens from remote clinics were STI positive.
- Esernio-Jenssen et al. 2011
LoE: 4
 For prepubertal children with an allegation of abuse and genital discharge, both cultures and urine and genital sampling for NAATs may be obtained. All positive NAATs should be confirmed by an additional commercially available NAAT and/or culture.
 For adolescents, the American Academy of Pediatrics recommends routine use of urine-based and vaginal swab NAATs to detect asymptomatic STIs. Oral or anal testing by NAAT was not addressed (Shafer et al. 2003). Therefore, for adolescents who disclose non acute sexual abuse, site specific specimens to detect STIs by NAAT may be obtained at the first clinical visit and repeated two weeks later. All positive tests should be confirmed by an additional commercially available NAAT and/or culture.
- Girardet et al. 2009
LoE: 2+
 The prevalence of each STI among sexually victimized children is 10%, even when highly sensitive detection methods are used. Most children with STIs have normal or nonspecific findings on physical examination.
- Joki-Erkkila et al. 2016
LoE: 2+
 In addition to conventional invasive swab techniques, urine samples seem to be an effective biological trace collection method for Y-DNA and spermatozoa within 24 h following penile-vaginal penetration. Furthermore, it may be considered as a non-invasive collection method in suspected acute child sexual abuse cases to diminish time delay in forensic evidence collection and to improve patients' positive attitudes towards evidence collection.
- Ramos et al. 2006
LoE: 2+
 The findings of this study suggest that routine screening for HSV-2 in sexually abused children does not have a high yield. The Focus test has an unacceptably high rate of false-positive results in children; however, Biokit may be an acceptable substitute for WB in evaluating children for HSV-2 antibodies.
- Reading et al. 2007
LoE: 2++
 The overall results suggest genital herpes is very uncommon in children being evaluated for sexual abuse (8/4117 children).
- Reading et al. 2014
LoE: 2++
 Sexually transmitted infections in children, although rare, are generally well investigated. The findings support current guidance on the management of sexually transmitted infection in young children and the need to maintain a high index of suspicion for sexual abuse. Isolated ophthalmic infection with *N. gonorrhoeae* and *C. trachomatis* occurs beyond infancy, but the mode of transmission is unclear.

Unger et al. 2011
LoE: 2++

HPV detection was associated with CSA and increased with CSA certainty. In this population, genital HPV seemed to behave as a sexually transmitted infection.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.120

Epidemiologie für sexuell übertragbare Erreger für Deutschland versus USA:

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) werden bei sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen sehr selten gefunden. In überwiegend US-amerikanischen Studien liegt die Inzidenz bei 1 bis 8 %. Ein Vergleich beispielsweise mit der Gonokokken-Inzidenz zeigt eine 8- bis 10-fach höhere Inzidenz für die USA im Vergleich zu Deutschland. Hierzu verweisen wir auf die Zahlen des Robert Koch-Instituts (2013) und des Centers for Disease Control and Prevention (2018b). Die Inzidenz muss entsprechend berücksichtigt werden. Bremer et al. geben einen aktuellen Überblick zu sexuell übertragbaren Infektionen in Deutschland.

Umfang der Diagnostik:

Aufgrund der noch größeren Seltenheit gehört die Untersuchung auf *Treponema pallidum* und HIV nicht zur Routinediagnostik. Die Untersuchungen müssen im Einzelfall erwogen werden. Sowohl der Nachweis von HPV-DNA als auch die Typisierung Condylomen sind möglich, geben aber keinen Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch (siehe auch Nr. 121).

Nr. 121 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Condylomata accuminata sollten* folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

1. Eigen- und Fremdanamnese auf Haut- und Genitalwarzen
2. HPV-Impfanamnese
3. Sexual- und Missbrauchsanamnese
4. Untersuchung, inklusive anogenitaler bzw. kindergynäkologischer Untersuchung.

HPV bzw. Condylomata accuminata können sowohl durch Sexualkontakte als auch ohne Sexualkontakte übertragen werden. Die Ergebnisse der empfohlenen Maßnahmen (1-3) sollten* durch Spezialisten (z. B. im Kinderschutz erfahrene Fachärzten_innen, Virologen_innen oder Infektiologen_innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.

Quelle: Adams et al. 2018

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Adams et al. 2018

AGREE II: 34%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

B. Infections that can be spread by nonsexual as well as sexual transmission.

Interpretation of these infections might require additional information, such as mother's gynecologic history (HPV) or child's history of oral lesions (HSV), or presence of lesions elsewhere on the body (Molluscum) which might clarify likelihood of sexual transmission. After complete assessment, a report to Child Protective Services might be indicated in some cases. Photographs or video recordings of these findings should be taken, then evaluated and confirmed by an expert in sexual abuse evaluation to ensure accurate diagnosis.

41. Molluscum contagiosum in the genital or anal area. In young children, transmission is most likely nonsexual. Transmission from intimate skin-to-skin contact in the adolescent population has been described.

42. Condyloma acuminatum (HPV) in the genital or anal area. Warts appearing for the first time after age 5 years might be more likely to have been transmitted by sexual contact.

43. HSV type 1 or 2 infections in the oral, genital, or anal area.

Nr. 122 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit dem Nachweis einer sexuell übertragbaren Erkrankung unklarer Genese soll* dem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch (einschließlich Handel mit und Ausbeutung von Kindern) nachgegangen werden (siehe Nr. 112 bis Nr. 120).

Quelle: Adams et al. 2015/2018; Crawford-Jakubiak et al. 2015;

LoE 1+ Brayley-Morris et al. 2015

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Adams et al. 2015/2018

AGREE II: 34%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

In 2014 the CDC removed its recommendation for routine additional testing when a NAAT is positive for C. trachomatis, however there is still a recommendation to consider retesting with an alternate target for N. gonorrhoeae, and for "consultation with an expert" when using NAATs in cases of child sexual abuse evaluation.²¹

Brayley-Morris et al. 2015

LoE: 1+

In sexual assault cases, particularly those involving internal child sex trafficking (ICST), victims often hide their semen-stained clothing. This can result in a lag time of several months before the items are laundered and subsequently seized during a criminal investigation. Although it has been demonstrated previously that DNA can be recovered from clothing washed immediately after semen deposition, laundered items of clothing are not routinely examined in ICST cases, due to the assumption that the time delay and washing would result in no detectable DNA.

Crawford-Jakubiak et al. 2015

AGREE II: 45%

Referenz-Leitlinie

The health care provider should address the adolescent's immediate health concerns, including any acute injuries, the likelihood of exposure to sexually transmitted infection (STIs), the possibility of pregnancy, and other physical or mental health concerns.

It is advised that adolescents who disclose a previous assault be asked about the dynamics of their relationships (eg, exploitative, controlling, nonconsensual).⁶⁶

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.122

Die Handlungsempfehlung wurde nicht geändert. In der Handlungsempfehlung soll dem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch nachgegangen werden und die Möglichkeit des Handels mit und Ausbeutung von Kindern berücksichtigt werden. Der Nachweis sexuell übertragbarer Erkrankungen unklarer Genese kann Anhaltspunkt dafür sein. Die medizinische Diagnostik soll nicht dazu dienen, Straftatsbestände zu prüfen.

Das Bundeskooperationskonzept [„Schutz und Hilfen bei Handel mit und Ausbeutung von Kindern“](#) von 2018 bietet Handlungsorientierung u.a. für das Gesundheitswesen an.

Nr. 123 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Mädchen im gebärfähigen Alter mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einen körperlich-sexuellen Übergriff sollte* im Hinblick auf das weitere Prozedere (z.B. „Pille danach“) eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Der (erste) Schwangerschaftstest (β-HCG im Urin oder Serum) sollte* beim Erstkontakt durchgeführt werden.

Quelle: Adams et al. 2018; Crawford-Jakubiak et al. 2015; Hornor et al. 2012
LoE 3

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Adams et al. 2018
AGREE II: 34%
Referenz-Leitlinie

Textauszug

Because it is important to correctly diagnose and interpret medical findings in children who might have been sexually abused, guidelines for medical assessment published in 2016 included a table detailing a suggested approach to interpreting findings as normal, caused by other conditions, and caused by trauma or sexual contact.

Approach to Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse
Section 3. Findings diagnostic of sexual
49. Pregnancy
50. Semen identified in forensic specimens taken directly from a child's body

Crawford-Jakubiak et al. 2015
AGREE II: 45%
Referenz-Leitlinie

Sexual assault is associated with a risk of pregnancy; 1 study reported a national pregnancy rate of 5% per rape among females 12 to 45 years of age.^{105–109} Pregnancy prevention and emergency contraception should be addressed with every adolescent female, including rape and sexual assault victims. The discussion can include the risks of failure of the preventive measures and options for pregnancy management. It is advised that a baseline urine pregnancy test be performed.

Hornor et al. 2012
LoE: 3

Detection and documentation of ano-genital injury, evaluation and documentation of pregnancy status, and testing for N. gonorrhoea and C. trachomatis was significantly improved since implementation of the P-SANE Program compared to the historical control.

Nr. 124 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (93%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* in Abhängigkeit vom Zeitraum zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen:

bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe Nr. 116 bis 116):

- Fremd-DNA: Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Abstrich
- Samen: Mikroskopie des aufbereiteten Abstrichs
- Sperma: z.B. Saure Phosphatase

bezogen auf die Kleidung des Kindes/Jugendlichen, Bettwäsche, etc.:

- Fremd-DNA

Potenziell benetzte Kleidungsstücke (auch mehrfach gewaschene Kleidung) sollen* getrocknet und in Papier rechtssicher gelagert werden. Die erfolgreiche Untersuchung ist nachweislich noch Wochen bis Monate nach einem körperlich-sexuellen Übergriff möglich. Die Beweiskette soll* erhalten werden.

Die Laboruntersuchungen sollen* in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.

Quelle: Brayley-Morris et al. 2015; Thackeray et al. 2011

LoE 1+ bis 2+

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Brayley-Morris et al. 2015

LoE: 1+

Textauszug

This study demonstrates that complete DNA profiles can be obtained from laundered semen stains on school uniform-type clothing, with an eight-month lag time between semen deposition and laundering, despite multiple washes and stains from two semen donors. These data emphasise the need to recover and examine the clothing of victims for semen and DNA evidence, even if the clothing has been stored for several months or washed multiple times since the sexual offence took place.

Thackeray et al. 2011

LoE: 2+

Collection of evidence within 24 hours of the assault was identified as an independent predictor of DNA detection.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.124

Die Lagerung von DNA-Spuren erfordert sowohl spezielle bauliche/räumliche als auch personelle Voraussetzungen. Zu diesen gehören beispielsweise: sichere Zugangsbeschränkungen, ungestörte (= kontaminationsfreie) Lagerung an einem kühlen und dunklen Ort, bezüglich des Umgangs mit Spurenlägern geschultes Personal. Derartige Lagerungsmöglichkeiten sind in Kliniken oder Praxisräumen regelmäßig nicht gegeben. Wenn Asservate später in einem Strafverfahren Verwendung finden sollen, müssen diese Voraussetzungen aber erfüllt sein, da sonst die Ergebnisse der Untersuchungen angezweifelt werden können. Daher muss unmittelbar nach der Sicherung eine entsprechende Lagerung veranlasst werden. Bei bereits polizeibekanntem Fällen dürfte die Lagerung der Asservate bei der Polizei erfolgen. Soll ein Fall – aus welchen Gründen auch immer – zunächst nicht angezeigt werden, müssen die Asservate entsprechend anderweitig gesichert und gelagert werden. In zahlreichen Projekten erfolgt dies in den entsprechenden Instituten für Rechtsmedizin. Bevor entsprechende Asservate dorthin versandt werden, müssen im Vorfeld Absprachen dazu getroffen werden. Die Institute sind alle über die [Homepage der DGRM](#) zu erreichen.

Grundlage der Arbeit aller Institute sind die bestehenden Akkreditierungsvorgaben der DAkkS. Die Akkreditierung der Institute erfolgt dabei bezüglich der Labortätigkeiten nach DIN EN ISO/IEC 17025. Die Nachweise dazu finden sich jeweils auf der Homepage der Institute (Akkreditierungsurkunde).

Nr. 125 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einer akuten Intoxikation sollte* eine toxikologische Untersuchung des (ersten) Urins und Serums zeitgleich mit der Spurensicherung durchgeführt werden.

In einem forensisch-akkreditierten Laboratorium findet die Untersuchung einer Rückstellprobe statt.

Quelle: Crawford-Jakubiak et al. 2015

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Crawford-Jakubiak et al. 2015

AGREE II: 45%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

*Toxicology sample collection is recommended when the victim presents with symptoms and signs of substance use (eg, fluctuating level of consciousness, physiologic instability, severe intoxication, amnesia of the event) or when concerns of possible drug involvement are raised by the patient or the accompanying persons or witnesses. It is important to obtain informed consent before toxicology sample collection, if possible*²⁸

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr. 125

Die chemisch-toxikologische Untersuchung von (zumeist) Blut- und Urinproben erfolgt in klinischen und forensischen Laboratorien nach unterschiedlichen Maßstäben. Im Strafverfahren werden dabei regelmäßig höhere Ansprüche an die Untersuchungsvalidität gestellt, als dies klinisch erforderlich ist. Soll eine Probe möglicherweise in einem Strafverfahren Verwendung finden, so ist ihre vollständige Verwertbarkeit nur nach einer forensisch-akkreditierten Untersuchung (nach DIN EN ISO/IEC 17025) möglich. Die Institute für Rechtsmedizin sind alle entsprechend akkreditiert. Es gibt aber auch andere Anbieter, die die Voraussetzungen erfüllen. Zu diesem Punkt sollten im Vorfeld als Teil des interdisziplinären Netzwerkes konkrete Absprachen getroffen werden, wie im Einzelfall vorzugehen ist (siehe Nr. 124).

Wir verweisen zur Einwilligungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen auf die [Kapitel 2](#) Grundlagen für Fachkräfte.

Hinweise zur [ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern](#) finden Sie in der Expertise des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) von 2018, „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“.

Nr. 126 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollten* eine geschlechts- und entwicklungspezifische Exploration des psychischen Befindens und Diagnostik zur Feststellung einer möglichen Traumatisierung und zur Einschätzung des Grades der Traumatisierung durchgeführt werden.

Quelle: Crawford-Jakubiak et al. 2017

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Crawford-Jakubiak et al. 2017

AGREE II: 45%

Referenz-Leitlinie

Textauszug

All adolescent victims of sexual abuse should be asked about symptoms that would warrant a formal psychiatric assessment, such as suicidal or homicidal ideation or other selfharm behavior.

Pediatricians should be prepared to offer emotional support, determine the need for counseling and/or urgent mental health interventions, and refer patients and their families for additional evaluation or mental health care. Pediatricians should be aware of services in the community that provide evaluation, management, and counseling for the adolescent patient who has been sexually assaulted.

Pediatricians are encouraged to routinely ask adolescents, including those with disabilities, about a history of sexual violence, dating violence, and sexual assaults. All adolescents who disclose a sexual assault should be asked about commercial sexual exploitation. Identification of sexual assaults may help reduce the risk of such future events, reduce the stigma, and provide victims with appropriate medical, psychological, and supportive care.

Nr. 127 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch Misshandlung und/oder Vernachlässigung sollte* ein sexualisiertes Verhalten entsprechend dem Alter, dem Geschlecht und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden.

Evidenz für die Einschätzung von sexualisiertem Verhalten liegt bei Kindern von zwei bis sechs Jahren vor (Beispiele sind in der Referenz-Leitlinie von (Kellogg et al. 2009) beschrieben).

Quelle: Kellogg et al. 2009

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Kellogg et al. 2009

AGREE II: 43%

Referenz-Leitlinie

<i>Examples of Sexual Behaviors in Children 2 to 6 Years of Age</i>			
<i>Normal, Common Behaviors</i>	<i>Less Common Normal Behaviors^a</i>	<i>Uncommon Behaviors in Normal Children^b</i>	<i>Rarely Normal^c</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Touching/masturbating genitals in public/private</i> • <i>Viewing/touching peer or new sibling genitals</i> • <i>Showing genitals to peers</i> • <i>Standing/sitting too close</i> • <i>Trying to view peer/adult nudity</i> • <i>Behaviors are transient, few, and distractable</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rubbing body against others</i> • <i>Trying to insert tongue in mouth while kissing</i> • <i>Touching peer/adult genitals</i> • <i>Crude mimicking of movements associated with sexual acts</i> • <i>Sexual behaviors that are occasionally, but persistently, disruptive to others</i> • <i>Behaviors are transient and moderately responsive to distraction</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asking peer/adult to engage in specific sexual act(s)</i> • <i>Inserting objects into genitals</i> • <i>Explicitly imitating intercourse</i> • <i>Touching animal genitals</i> • <i>Sexual behaviors that are frequently disruptive to others</i> • <i>Behaviors are persistent and resistant to parental distraction</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Any sexual behaviors that involve children who are 4 or more years apart</i> • <i>A variety of sexual behaviors displayed on a daily basis</i> • <i>Sexual behavior that results in emotional distress or physical pain</i> • <i>Sexual behaviors associated with other physically aggressive behavior</i> • <i>Sexual behaviors that involve coercion</i> • <i>Behaviors are persistent and child becomes angry if distracted</i>
<p>^a Assessment of situational factors (family nudity, child care, new sibling, etc.) contributing to behavior is recommended.</p> <p>^b Assessment of situational factors and family characteristics (violence, abuse, neglect) is recommended.</p> <p>^c Assessment of all family and environmental factors and report to child protective services is recommended.</p>			

4.5 Geschwisterkinder

Dieses Kapitel befasst sich mit den Geschwisterkindern eines misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Kindes oder Jugendlichen. Ungefähr 70% der Kinder in Deutschland leben mit mindestens einem Geschwister. Wird ein Kind in der Familie misshandelt, missbraucht oder vernachlässigt, ist das Risiko für Geschwister, ebenfalls Opfer zu werden, erhöht. Neben dem größeren Risiko, selbst Opfer zu werden, leiden alle Kinder der Familien, in denen ein oder mehrere Kind(er) Misshandlung, Vernachlässigung und/oder Missbrauch ausgesetzt ist/sind, unter den belastenden Umständen zu Hause. Diese beeinträchtigen die psychische Gesundheit der betroffenen Kinder und ihrer Geschwister unter Umständen bis ins Erwachsenenalter. Weitere Belastungen sind die schlechteren Geschwisterbeziehungen: In Familien, in denen Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung vorkommen, streiten Geschwister häufiger und haben ein weniger vertrauensvolles Verhältnis zueinander.

Zum besseren Verständnis der Handlungsempfehlungen müssen Begriffe geklärt werden:



Definitionen

Der **Indexpatient** ist das Kind, das zuerst im System mit Verdacht auf eine oder mit einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung vorgestellt wird.

Kontaktkinder (0-18 Jahre) sind die Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister, sonstige Verwandte, Kinder und Jugendliche, die denselben Haushalt oder dasselbe Betreuungssetting[#] teilen, in dem die (mutmaßliche) Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung des Indexpatienten[#] bestand.

Die Kontaktkinder eines misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Indexpatienten sind ebenfalls gefährdet. Laut internationalen Studien (Hamilton-Giachritsis und Browne 2005; Lindberg et al. 2012; Lindberg et al. 2013b, 2013b) liegt bei 30 bis 60% der Kontaktkinder eines Indexpatienten ebenso eine Gefährdung vor. Die Verteilung der Gefährdung innerhalb einer Familie kann unterschiedlich ausfallen. In manchen Familien ist ausschließlich der Indexpatient durch eine oder mehrere Misshandlungsarten gefährdet (44%). Es können aber auch alle Geschwister (37%) oder aber einige der Geschwister (19%) betroffen sein (Hamilton-Giachritsis und Browne 2005). Mehrlingskinder sind insbesondere gefährdet, wenn bereits eine Kindeswohlgefährdung bei einem der anderen Mehrlinge vorliegt (Ellaway et al. 2004).

Derzeit liegen noch keine Daten zur Gefährdungseinschätzung von Kontaktkindern nach § 8a Absatz 1 SGB VIII oder epidemiologische Studien zu diesem Thema in Deutschland vor. Obwohl die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung von Kontaktkindern in der Praxis durchaus bekannt ist, werden Kontaktkinder in der Realität dennoch nicht standardmäßig miteingebunden oder untersucht.

Die Einbindung und Untersuchung von Kontaktkindern dienen sowohl zur Feststellung einer möglichen Gefährdung des Kindes als auch der Verfestigung des Verdachtes und/oder der Bestätigung der Kindeswohlgefährdung des Indexpatienten. Dies spiegelt sich beispielsweise in einem Interview mit 299 Kontaktkindern, die zwischen 48 und 83 Monate alt waren, wider. In diesem Rahmen wurden 90 Misshandlungen mitgeteilt: Davon betrafen 37 den Indexpatienten, 17 das Kontaktkind selbst und in 36 Fällen waren sowohl Indexpatient als auch Kontaktkind betroffen (Lindberg et al. 2013b).



Fachkräfte sollen auch an die Kontaktkinder# denken!

In der Praxis

In der Praxis gibt es einige Faktoren, die die medizinische Untersuchung von Kontaktkindern beeinflussen. Kontaktkinder werden eher untersucht, wenn folgende Faktoren vorliegen: Das Kontaktkind ist unter zwei Jahre alt, der Indexpatient befindet sich in stationärer Behandlung und es handelt sich um Zwillinge bzw. Mehrlinge (Campbell et al. 2009).

Die Literatur zeigt, dass es Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern und sozialen Diensten über die Notwendigkeit gibt, Kinder zu untersuchen. In einer US-Studie medizinischer Fachkräfte berichteten 40% der Befragten über regelmäßige Meinungsverschiedenheiten mit sozialen Diensten, Jugendhilfe und/oder Jugendamt über den Bedarf einer medizinischen Einschätzung der Kontaktkinder (Campbell et al. 2006). Vitale et al. (2010) verdeutlichen weiter die Uneinigkeit zwischen Child Abuse Physicians und Child Protective Services Caseworkers, wenn es darum geht festzustellen, ob ein Kontaktkind eine medizinische Beurteilung benötigt. Ärzte, die im Bereich des Kinderschutzes arbeiten, treffen ihre Entscheidungen oftmals auf Grundlage der Verletzungen des Indexpatienten. Für Mitarbeitende aus der Jugendhilfe und dem Jugendamt spielen jedoch nicht medizinische Informationen, die im sozialen und familiären Umfeld bspw. während eines Hausbesuches beobachtet und gesammelt werden, eine bedeutende Rolle bei der Entscheidung für eine ärztliche Untersuchung. Neben diesen Beobachtungen spielen auch für Mitarbeitende der Jugendhilfe und des Jugendamtes das Alter des Kindes sowie sichtbare Verletzungen bei der Entscheidungsfindung eine gewichtige Rolle (Vitale et al. 2010). Es wird deutlich, dass verschiedene Berufsgruppen den Schwerpunkt auf unterschiedliche Anzeichen, Symptome oder Anhaltspunkte legen, um eine Entscheidung darüber zu treffen, ob Kontaktkinder medizinisch untersucht werden sollen oder nicht. Durch Zusammenarbeit kann das Risiko für die Kontaktkinder aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

Evidenzlage

Obwohl die Berücksichtigung von Geschwisterkindern eines von vielen wichtigen Themen im Kinderschutz ist, ist die Studienlage zu diesem Thema begrenzt. Die Basis für die Handlungsempfehlungen bilden fünf Artikel. Alle Studien sind Kohortenstudien, davon sind drei prospektiv und zwei retrospektiv. Die Mehrheit der Studien fokussiert sich auf körperliche Misshandlung sowohl bei Index- als auch bei Kontaktkindern.

Zwei Studien konzentrierten sich auf die medizinischen Anzeichen und Verletzungen der Kontaktkinder und wurden von "Child abuse Teams" untersucht (Lindberg et al. 2012; Lindberg et al. 2013b). In drei Studien wurden neben den medizinischen Informationen auch Informationen des Sozialen Dienstes oder der Polizei verwendet (Ellaway et al. 2004; Hamilton-Giachritsis und Browne 2005; Lang et al. 2013).

Die Gesamtheit der Patienten der Studien bestand aus Indexpatienten und Kontaktkindern, bei denen ein begründeter Verdacht auf eine Kindesmisshandlung oder –vernachlässigung vorlag. Dabei ist die Altersgruppe der Kinder unter zehn Jahren am stärksten vertreten.

Darüber hinaus wurden in zwei Studien Kinder, die in derselben häuslichen Tagesbetreuung untergebracht waren und in der das Indexkind angeblich misshandelt wurde, in die Kohorte mitaufgenommen.

Bei der häuslichen Tagesbetreuung handelt es sich um private Unterbringungen und nicht um kommerzielle oder staatliche Einrichtungen. Der Anteil dieser Kinder macht jedoch nur 2,65 bis 3% der Indexkinderkohorte aus. Die Ergebnisse für diese Kinder wurden nicht spezifisch beschrieben (Lindberg et al. 2012; Lindberg et al. 2013b). Aufgrund des niedrigen Anteils von Kindern, die sich eine häusliche Kinderbetreuung teilen, wurden diese Kinder nicht in die Definition „Kontaktkind“ aufgenommen.

Praxisbezug und Umsetzbarkeit

Die Untersuchung von Kontaktkindern ist empfohlen. Die Diagnostikmaßnahmen orientieren sich hauptsächlich an den Verletzungen des Indexpatienten. Vom Alter des Kontaktkindes sowie des Indexpatienten sind die weiteren Maßnahmen abhängig.

Grundsätzlich ist der Zugang zu den Kontaktkindern ein wichtiger Faktor in der Praxis und entscheidend für die Umsetzbarkeit dieser Handlungsempfehlungen. Wenn eine Fachkraft die ganze Familie betreut und Zugang zu den Kontaktkindern hat, sind die Handlungsempfehlungen für die Fachkraft leichter umzusetzen. Für Fachkräfte ohne oder mit eingeschränktem Zugang zu den Kontaktkindern werden Schwierigkeiten bei der Umsetzbarkeit auftreten. Trotzdem können diese Fachkräfte die Personensorgeberechtigten fragen, ob sie Verantwortung für andere Minderjährige tragen oder in der Vergangenheit getragen haben.

Die Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlung benötigt Zeit und Personalkosten, die nicht abrechenbar sind. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Jugendamt oder betreuenden Einrichtungen ist notwendig, um einer Gefährdung der Kontaktkinder nachzugehen.

Handlungsempfehlungen: Geschwisterkinder

Nr. 128 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (96%)

Bei Kontaktkindern[#] sollte dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung nachgegangen werden, wenn bei dem Indexpatienten[#] eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung festgestellt wurde. Die Einschätzung sollte* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) erfolgen.

Quelle: Ellaway et al. 2004; Hamilton-Giachritsis et al. 2005; Lang et

LoE 2++ bis al. 2013; Lindberg et al. 2012; Lindberg et al. 2013

2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Ellaway et al. 2004

LoE: 2+

Sixty nine babies were identified over a two year period: an incidence of 113/100 000 (CI 80 to 152) per year. Of these babies, 39 had siblings born prior to the abuse. Eleven (28%) of these had been abused before the birth of the index case.

Of the 49 babies returned home following child protection investigations, 35 had at least one sibling with 63 siblings in total. Of these, 11 siblings in seven families were re-abused in the three year period.

Hamilton-Giachritsis et al. 2005

LoE: 2+

135 (44%) index children had neither a male nor female sibling who had previously been maltreated and could be identified as a scapegoat. For the remaining 175 families with siblings (56%), "nonspecific" concern about 114 families had already been expressed by professionals in relation to all siblings experiencing abuse and/or neglect. However, in 1 out of 5 families with siblings (n= 61), only some of the siblings were of "specific" concern to child protection agencies, and this ranged between 20% (i.e., 1 in 5) and 87.5% (i.e., 7 in 8) of siblings.

When the index child was referred for neglect, emotional abuse, or mixed maltreatment, concern had been raised about all the siblings in 61%, 64%, and 62% of the cases, respectively.

A referral for physical or sexual abuse was more likely to relate to the index child only (53% and 54%, respectively).

135 (44%) index children had neither a male nor female sibling who had previously been maltreated and could be identified as a scapegoat.

Lang et al. 2013

LoE: 2+

Of the total of 39 multiple birth children evaluated, 30 (76.9%) had some form of maltreatment. Thus, in 10 of 19 sets (53%), all multiples in the set were found to have a form of maltreatment.

Over half of siblings of index children were maltreated, and when both children in the multiple set were maltreated, they were abused in the same fashion. All 10 sets in which all children in the multiple set were injured shared at least one injury type. An additional triplet set included two children who were maltreated and the third who was not. Four multiple sets shared two maltreatment types.

Among abused multiple-gestation children, fractures were the most common injury (83%), followed by cutaneous findings (43%), intracranial hematomas (33%), neglect (23%), and abdominal trauma (13%).

The study findings revealed that abused multiple-gestation children are significantly more likely than abused singleton children to experience fractures and abdominal trauma, although the number of children with abdominal trauma in both groups was relatively small. The findings support the current standard practice of evaluating all children in a multiple set when one is found to be abused or neglected.

Lindberg et al. 2012

LoE: 2++

The protocol indicated skeletal survey (SS) for 134 contacts. The SS was recommended by the child abuse physician in 122 (91.0%) of these cases and was completed in 101 (75.4%). SS identified ≥ 1 abusive fracture in 16 of 134 contacts (11.9%, 95% CI 7.5–18.5). Among contacts who had SS, 9 children with fractures were identified among the 22 who were < 6 months old (40.9%), compared with 4 of 16 (25.0%) contacts 6 to 12 months old and 3 of 63 (4.8%) contacts 12 to 24 months old. Contacts 0 to 12 months old were significantly more likely to have fractures than contacts 12 to 24 months old (odds ratio 10.4, 95% CI 2.5–50.8). Eight children had isolated fractures and 8 had multiple fractures, with 51 fractures identified in all. Seven contacts were noted to have at least 1 fracture with evidence of healing. None of the fractures had associated signs or symptoms such as bruising, swelling, or tenderness on physical examination, and none were suspected clinically before the SS.

Among the 134 contacts meeting protocol criteria for skeletal survey SS, 16 (11.9%) were twins, and 9 of these (56.3%) had fractures on SS. Twins were significantly more likely than non-twin contacts to have a fracture identified on SS (odds ratio 20.1, 95% CI 5.8–69.9).

There were 355 contacts who met criteria for physical examination. Physical examination was recommended for 343 (96.6%) of these children and completed in 259 (73.0%). Injuries were identified in 22 contacts (6.2% 95% CI 4.1–9.3) with ages ranging from 2.5 to 59 months (median 26.4 months). Injuries included 19 children with bruises and abrasions, 2 with burns, and 1 with an upper labial frenulum tear.

Nr. 129 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Indexpatienten[#] mit einer schweren körperlichen Misshandlung¹ sollten* Kontaktkinder[#] unter anderem körperlich untersucht werden und es sollte* eine radiologische Diagnostik nach klinischen Anhaltspunkten durchgeführt werden.

Falls diese Kontaktkinder[#] < 24 Monate sind, sollte* ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden (siehe Nr. 83 & Nr. 85 und Abb. 23).

¹Schwere körperliche Verletzungen wie Frakturen, Verbrennungen, Schädelhirnverletzung oder viszerale Verletzungen oder intensivmedizinische Versorgung oder Tod aufgrund einer körperlichen Misshandlung.

Quelle: Lindberg et al. 2012
LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Lindberg et al. 2012
LoE: 2 ++

Textauszug

There were 355 contacts who met criteria for physical examination. Physical examination was recommended for 343 (96.6%) of these children and completed in 259 (73.0%). Injuries were identified in 22 contacts (6.2% 95% CI 4.1–9.3) with ages ranging from 2.5 to 59 months (median 26.4 months). Injuries included 19 children with bruises and abrasions, 2 with burns, and 1 with an upper labial frenulum tear...Child abuse physicians described 6 of the contacts with bruises as having injuries that were patterned or otherwise concerning for abuse. In 6 other contacts, bruises were described as consistent with accidental injury.

The protocol indicated SS for 134 contacts. The SS was recommended by the child abuse physician in 122 (91.0%) of these cases and was completed in 101 (75.4%). SS identified ≥ 1 abusive fracture in 16 of 134 contacts (11.9%, 95% CI 7.5–18.5). Among contacts who had SS, 9 children with fractures were identified among the 22 who were < 6 months old (40.9%), compared with 4 of 16 (25.0%) contacts 6 to 12 months old and 3 of 63 (4.8%) contacts 12 to 24 months old. Contacts 0 to 12 months old were significantly more likely to have fractures than contacts 12 to 24 months old (odds ratio 10.4, 95% CI 2.5–50.8). Eight children had isolated fractures and 8 had multiple fractures, with 51 fractures identified in all. Seven contacts were noted to have at least 1 fracture with evidence of healing. None of the fractures had associated signs or symptoms such as bruising, swelling, or tenderness on physical examination, and none were suspected clinically before the SS ... Among the 134 contacts meeting protocol criteria for SS, 16 (11.9%) were twins, and 9 of these (56.3%) had fractures on SS. Twins were significantly more likely than non-twin contacts to have a fracture identified on SS (odds ratio 20.1, 95% CI 5.8–69.9).

There were 25 contact children who met criteria to undergo neuroimaging. Neuroimaging was recommended in 22 (88.0%) and completed in 19 (76.0%). No study demonstrated an intracranial injury (0%, 95% CI 0–13.7). One head CT identified a skull fracture that had previously been identified by SS.

Nr. 130 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Zur Einschätzung einer möglichen körperlichen Misshandlung von Kindern < 12 Monate sollte* unter anderem die ausführliche Anamnese# der Geschwister herangezogen werden.

Quelle: Ellaway et al. 2004

LoE 2+

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Ellaway et al. 2004

LoE: 2+

Textauszug

Sixty-nine babies were identified over a two year period: an incidence of 113/100 000 (CI 80 to 152) per year. Of these babies, 39 had siblings born prior to the abuse. Eleven (28%) of these had been abused before the birth of the index case.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.130

Der Fokus liegt auf dem Einholen von Informationen über die Geschwister und nicht auf einer Befragung der Geschwister.



Die **ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese#. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

In der Sozialanamnese werden die gesellschaftliche Position und das soziale Umfeld des_der Patienten_in erhoben. Von Interesse sind dabei zum Beispiel die familiäre und berufliche Situation des_der Patienten_in, seine_ihre privaten Interessen oder auch sein_ihr Freizeitverhalten.

4.6 Interventionen für Eltern*

Dieses Kapitel befasst sich mit Interventionen für misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigte oder Bezugspersonen. Das Ziel der Interventionen sind dabei die Vermeidung weiterer Kindesmisshandlungen, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sowie der Schutz der Kinder und Jugendlichen durch u.a. eine Verbesserung der Erziehungs- und Förderkompetenzen der Personensorgeberechtigten.

Maßnahmen zur Intervention oder Therapie der Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen dienen dem Schutz der Kinder und Jugendlichen und können in verschiedenen Formen und Settings stattfinden. So gibt es Angebote für psychotherapeutische Gruppen- oder Einzeltherapien, Elterntrainings und systemische Ansätze, die die ganze Familie einbeziehen, auch für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen, die nicht direkt an der Misshandlung, dem Missbrauch und/oder der Vernachlässigung beteiligt waren/sind. In diesem Fall können therapeutische Angebote auch für die Familie nützlich sein, um eine Reviktimisierung der Kinder und Jugendlichen zu vermeiden und die Kompetenzen der Sorgeberechtigten oder Bezugspersonen hinsichtlich des Schutzes der _des Minderjährigen zu stärken. Diese speziellen Fälle sind nicht Teil der Handlungsempfehlungen.

Formen der Intervention

Es gibt eine Vielzahl von Elterntrainings und Therapiemöglichkeiten für Eltern, die eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung hervorgerufen haben. Grundsätzlich lassen sich diese in individuelle und systemische Ansätze unterscheiden. Die Programme können in einer Vielzahl von Settings stattfinden – bei den Betroffenen zu Hause oder auswärts in einer öffentlichen Einrichtung oder in Form einer Gruppen- oder Einzelsitzung erfolgen. Dabei ist auch eine Kombination aus beiden Angeboten möglich, um einerseits den therapeutischen Austausch mit anderen Eltern zu nutzen und andererseits im Einzelgespräch an intimeren Problemen zu arbeiten. Derzeit liegen keine Nachweise vor, welche Methode bei der Verbesserung der Ergebnisse für Kinder von körperlich missbrauchenden Eltern effektiver ist (Euser et al. 2015). Für emotionale und körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung sowie sexuellen Missbrauch gibt es noch weniger empirische Belege dafür, welches Vorgehen am ehesten zur Verbesserung der Erziehungs- und Förderkompetenz beiträgt und somit langfristig zu einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen führen kann.

Gruppenprogramme haben den Vorteil, dass sie oftmals kostengünstiger sind und mehrere Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen gleichzeitig an der Intervention teilnehmen können. Jedoch lassen sich keine Schlussfolgerungen über den langfristigen Erfolg der Verbesserung der Erziehung und des Schutzes der Kinder und Jugendlichen ziehen (Euser et al. 2015).

Innerhalb der Elternprogramme gibt es zahlreiche potenzielle Bereiche, die zu behandeln sein können. Einige Bereiche, die sich bei der Prävention vor Rückfällen und dem Schutz der Kinder oder Jugendlichen als erfolgreich erwiesen haben, betreffen die Eltern-Kind-Interaktion, erzieherische Routine, ein gewaltfreies und sicheres häusliches Umfeld und die Gesundheit des Kindes (Chaffin et al. 2012). Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Interventionen, die ausschließlich Unterstützung anbieten, wie z.B. der Aufbau sozialer Unterstützungsnetzwerke, nicht so effektiv sind wie Interventionen, die auf die elterliche Bildung abzielen (Euser et al. 2015).

Dauer der Intervention

Euser et al. (2015) berichten von einer "U-Shaped Curve" zwischen Programmdauer/Anzahl der Sitzungen und der Wirksamkeit von Programmen. Die effektivsten Programme hatten eine Dauer von sechs bis zwölf Monaten oder bestanden aus 16 bis 30 Sitzungen. So werden in der Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) zum Beispiel an 15 Terminen Einzelsitzungen und Interaktionsübungen kombiniert. Es ist ein Programm, das auf die individuellen Bedürfnisse der Eltern zugeschnitten werden kann und die Resultate können sowohl für die Kinder als auch für ihre Eltern vielversprechend sein (Chaffin et al. 2004; Euser et al. 2015; Barlow et al. 2006). Die Enhanced Parent-Child Interaction Therapy (EPCIT) umfasst zusätzliche, individuell anpassbare Angebote, wobei diese in den 15 Terminen besonders auf elterliche Depressionen, aktuellen Drogenmissbrauch und familiäre, eheliche oder häusliche Gewalt abzielen. Es wird berichtet, dass die Ergebnisse mit dem PCIT vergleichbar seien (Chaffin et al. 2004). Programme, die mehrere Sitzungen oder/und einen längeren Zeitraum umfassten, führten nicht unbedingt zu besseren Ergebnissen für das Kind und/oder die Familie (Euser et al. 2015). So hat beispielsweise ein Hausbesuchsprogramm der ‚Public Health Nurses‘ über einen Zeitraum von zwei Jahren (mit 46 Sitzungen) die Ergebnisse als Maßnahme durch Krankenhauseinweisungen oder Mitteilung an das Jugendamt wegen körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern während des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraums im Vergleich zu „Services as usual“ nicht verbessert (Macmillan et al. 2005).

Evidenzlage

Für den Themenblock über die Intervention(en) für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung wurden acht Studien bewertet. Fünf dieser Studien stammen aus den USA.

In den vorliegenden Studien treten Eltern hauptsächlich als körperlich misshandelnde oder vernachlässigende Personen auf. Wenige Studien berichten von sexuellem Missbrauch; die Zahl der Täter_innen, die sexuell übergriffig waren, ist niedrig (Chaffin et al. 2011; Moss et al. 2011). Der Zeitpunkt der Detektion eines sexuellen Missbrauchs könnte eine Erklärung für die wenigen Berichte sein: Sexueller Missbrauch wird seltener im Kindesalter detektiert und hat des Weiteren oft andere Interventionsmaßnahmen zur Folge. Zum Beispiel kommt es hier viel häufiger zu einer Trennung von Kind und sexuell übergriffigen Elternteil mit komplettem Kontaktabbruch bzw. nur noch begleitetem Umgang in äußerst geringem Umfang, sodass sich eine Teilnahme an einer Intervention nicht ergibt.

Eine Schwierigkeit bei der Zusammenfassung der Studien war ihre Heterogenität. Die Zielgruppen der Interventionen sind in vielen Studien nicht deutlich einer Misshandlung oder einem Missbrauch oder einer Vernachlässigung zugeordnet. In den meisten Fällen handelt es sich um Mischformen (bspw. zu 70% Vernachlässigung, 23% körperliche Misshandlung, 7% sexueller Missbrauch). Da die Ergebnisse der Interventionen den einzelnen Formen der Kindeswohlgefährdung demzufolge nicht zugeordnet werden konnten, wurde die Beurteilung dieser erheblich erschwert. Es zeichnete sich jedoch ab, dass körperliche Misshandlungen häufiger vertreten und die diesbezüglichen Interventionen effektiver waren (Chaffin et al. 2001).

Die Objektivität, der den Handlungsempfehlungen zugrunde liegenden Studien, ergibt sich daraus, dass die verwendeten Daten zum Beispiel aus Mitteilung an das Jugendamt bestanden. Die Ergebnisse wurden nicht an selbstberichteten intraindividuellen Veränderungen der Teilnehmenden validiert, sondern anhand von Gefährdungsmitteilungen oder psychologischen Testverfahren ausgewertet.

Die Stärkung der Schutzfaktoren und Verhaltensänderungen der Eltern spielen in den Maßnahmen der eingeschlossenen Studien eine entscheidende Rolle. Laut dem Center of Disease Control and Prevention

können Schutzfaktoren bei der Vermeidung von Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung eine wichtige Rolle einnehmen. Sie umfassen hauptsächlich innerfamiliäre Einflüsse, wie etwa: elterliche Förderkompetenz, stabile Familienbeziehungen und Verhaltensregeln.

Praxisbezug und Anwendbarkeit der Handlungsempfehlungen & Schwächen der Evidenz

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich hauptsächlich auf Interventionen für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen, die ihr Kind misshandelt, vernachlässigt oder missbraucht haben. Die Leitlinie bietet anpassungsfähige Empfehlungen, die den Fachkräften helfen, geeignete Programme zu finden und/oder durchzuführen, die bei der Rehabilitation der Eltern helfen und den Schutz der Kinder oder Jugendlichen innerhalb der Familie gewährleisten können.

Die Suche nach einem geeigneten Programm für die jeweilige Person kann, je nach den Bedürfnissen der Kinder oder Jugendlichen und der familiären Situation sowie der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Intervention, zusätzliche Arbeitszeit binden. Darüber hinaus erfordern einige Therapien den Zugang zum betroffenen Kind und die Bereitschaft des Kindes, an der Therapie teilzunehmen.

Die fünf ausgewerteten Studien stammen aus den USA, so dass es deutlich erschwert, detaillierte Empfehlungen zu einzelnen Interventionen und deren Umsetzbarkeit in Deutschland zu geben.

Die Angebote werden nicht, bzw. nicht flächendeckend in Deutschland angeboten.

Allgemeines zu Angeboten und Leistungen für Personensorgeberechtigte in Deutschland

Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt über vielfältige Angebote und Leistungen für Eltern, insbesondere in belasteten Lebenslagen und bei familiären Risikokonstellationen. Viele Angebote werden präventiv oder zur Abwendung von Gefährdungen eingesetzt.

Der Zugang zu Hilfen zur Erziehung im Rahmen des SGB VIII wird durch das Hinzuziehen des Jugendamtes geschaffen. Angebote für Hilfen zur Erziehung richten sich nach Verfügbarkeit und hängen von der lokalen sozialen Infrastruktur ab. Die Entscheidung zur Durchführung und Auswahl einer Maßnahme im Rahmen des SGB VIII wird über das jeweilige Jugendamt getroffen. Grundsätzlich haben Eltern einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden (NZFH).

Sondervotum „Interventionen für Eltern*“

Die Empfehlungen zu Interventionen für Eltern und Bezugspersonen, die eine KWG hervorgerufen haben sind aufgrund der gewählten Methode der Suchstrategie nicht hinreichend, was die Aussagen zu möglichen Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten angeht. Interventionen können vielfältiger sein, als das Ergebnis der Literatursuche darstellen kann. Sie müssen bezogen auf das Kind altersspezifisch gesehen werden, bezogen auf die Eltern auch in Abhängigkeit von möglichen eigenen psychischen Erkrankungen etc. Außerdem hängen sie auch von der Art der KWG ab (z.B. können sie sehr unterschiedlich sein, ob eine Vernachlässigung vorliegt oder der Verdacht auf einen Missbrauch). Zudem sind in dieser Empfehlung die Struktur der Frühen Hilfen und der gesamte differenzierte Bereich der Hilfen zur Erziehung im Rahmen des SGB VIII an dieser Stelle nicht ausreichend berücksichtigt. Programme wie STEEP oder entwicklungspsychologische Beratung etc. sind nicht erwähnt. Insofern müssen jenseits der zitierten Studienlage Handlungen im Rahmen von Interventionen bei Eltern und Bezugspersonen, die möglicherweise eine KWG hervorrufen in Deutschland bezogen werden auf vorhandene Strukturen sowohl der Jugendhilfe, des Gesundheitswesens und anderer vorhandener Strukturen.

Die DGKJP und die BAGkjpp sehen diese Empfehlungen für eine Leitlinie mit Gültigkeit in Deutschland insofern als unzureichend an, als in diesem Bereich weitere Maßnahmen sinnvoll sind.

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
&
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Die Handlungsempfehlungen zu Interventionen für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen sind zu undifferenziert dargestellt und berücksichtigten die Unterstützungsmöglichkeiten der Jugendhilfe des SGB VIII zu wenig.

Bundeskongress für Erziehungsberatung e. V.

Handlungsempfehlungen: Intervention für Eltern*

Nr. 131 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen sollen* Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung angeboten werden.</p> <p>Belastbare Evidenz liegt für Einzelmaßnahmen wie die Parent-Child Interaction Therapy vor.</p>	
<p>Quelle: Barlow et al. 2006; Chaffin et al. 2011</p>	
<p>LoE 1++ bis 1+</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Referenz

Textauszug

Barlow et al. 2006

LoE: 1++

The parent child interaction therapy programme was provided on a one-to-one basis in a clinic while the psychoeducational programme was provided on a group-basis in the community (i.e. the enhanced results for parent child interaction therapy may be due to the use of one-to-one sessions rather than the content of the sessions).

Chaffin et al. 2011

LoE: 1+

Findings from this study support the comparative effectiveness of parent child interaction therapy combined with the self-motivation motivational orientation over services as usual (weekly didactic group therapies) for reducing recidivism among maltreating parents in the child welfare system.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.131

Die Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Bei dieser Intervention handelt es sich um ein evidenzbasiertes Training für Eltern von zwei- bis sieben-jährigen Kindern mit emotionalen Defiziten und Verhaltensstörungen. Dabei umfasst das Programm typischerweise zehn bis 14 wöchentliche Sitzungen mit einer_einem speziell geschulten Therapeuten_in. Inhaltlich gliedert sich die PCIT in zwei Phasen. Zunächst legt die vom Kind ausgehende Interaktion einen Schwerpunkt auf die Verbesserung der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Die Phase der elterngeliteten Interaktion baut darauf auf, indem das angemessene Spielverhalten weiter gefördert und gleichzeitig ein konsistenter und strukturierter Erziehungsansatz verfolgt wird (Eyberg 1988).

Nr. 132 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (94%)

Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung sollen* durch einen theoretischen Ansatz geprägt sein, der sich mit den Fragestellungen zu misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Verhaltens der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen auseinandersetzt (z.B. Motivation der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen stärken, gefolgt von Eltern-Kind-Interaktion).

Quelle: Barlow et al. 2006; Berg & Jones 1999; Chaffin et al. 2011

LoE 1++ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Barlow et al. 2006

LoE: 1++

While many of the findings failed to achieve significance, some of the effect sizes in the region of 0.3 – 0.4 favored programmes that had either additional components or that were based on the use of theoretical approaches specifically aimed at addressing problems associated with abusive parenting.

An effect size of 0.2 is small; an effect size of 0.5 is medium; and 0.8 or greater is large (Cohen 1969).

Berg & Jones 1999

LoE: 3

The 13 treatment cases have reasonably good outcomes so far as the children are concerned... There was one child who suffered re-abuse, fortunately relatively mild from a physical perspective... None of the siblings of index cases had been abused or maltreated... We found no evidence of continuing factitious illness by proxy in 12 of the 13 treated cases... Although we do not have an untreated comparison group, a substantially higher rate of poor health and psychosocial outcomes, including re-abuse, would have been expected if these cases had received no intervention. For example, Davis et al. reported a re-abuse rate of 20%, which was significantly higher than this when all the children in the family were considered. Bools et al. found further fabrications in one third of the children who remained with the original abuser in their follow up study, with serious further concerns about development or behaviour in a third of the sample.

Chaffin et al. 2011

LoE: 1+

The modeled treatment factor interaction (Orientation Parenting Condition) was also significant ($p < .002$), suggesting a clear advantage of the Self-Motivation + Parent–Child Interaction Therapy (SM + PCIT) design cell compared with the mean of the other three cells. Bonferroni corrected pairwise comparisons were conducted among the four design cells, which suggested longer event-free survival for the SM + PCIT group relative to Services As Usual + Parent-Child Interaction Therapy (SAU + PCIT) ($HR = 0.11$, $p < .05$) and Self-Motivation + Services As Usual (SM + SAU) ($HR = 0.10$, $p < .05$), and a sizable trend relative to the Services As Usual + Services As Usual (SAU + SAU) group ($HR = 0.20$). The three-way interaction between treatment factors and risk-deprivation length was also significant ($p < .001$).

Findings from this study support the comparative effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) combined with the Self-Motivation (SM) motivational orientation over Services As Usual (SAU) for reducing recidivism among maltreating parents in the child welfare system.

Nr. 133 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Die Therapie, Behandlung oder Einbindung der misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Personensorgeberechtigten/Bezugsperson sollen* gezielt der Art der stattgehabten Kindesmisshandlung, missbrauch und/oder -vernachlässigung angepasst sein. Theoretische Ansätze für Maßnahmen sollen Bezug nehmen auf das Fehlverhalten dieser Person¹, wie zum Beispiel destruktives Erziehungsverhalten, Fehlerzuschreibung, dysfunktionale Bindung und Interaktion zwischen dieser Person¹ und dem Kind, sowie ein Training der Erziehungskompetenz dieser Person¹ beinhalten.

¹misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen

Quelle: Barlow et al. 2006; Chaffin et al. 2011; Chaffin et al. 2012;
LoE 1++ bis 3 Moss et al. 2011; Mullins et al. 2005; Runyon et al. 2010;
Stronach et al. 2013

Empfehlungsgrad A*

Referenz

Textauszug

Barlow et al. 2006

LoE: 1++

In terms of the applicability of the results, the studies mostly comprised physically abusive parents, and the results of this review may not therefore apply to neglectful parents... A number of important questions remain to be addressed concerning the effectiveness of parenting programmes in the treatment of physical child abuse and neglect. These include which type of programme is most effective in improving outcomes for abusive parents (it seems likely that programmes focusing on abusive parenting will be less suitable to address the problems of neglectful parents).

Overall, these comparative studies suggest that parenting programmes that incorporate additional components aimed specifically at addressing problems associated with abusive parenting (e.g. excessive parental anger, misattributions, poor parent-child interaction) may be more effective than parenting programmes that do not incorporate these.

One further study that compared stress training with child management training produced slightly better results for the stress group in terms of child positive affect. This is an interesting finding and may point to the fact that the use of child management techniques on their own i.e. without changing other aspects of the parents behaviour such as mood or stress, are less effective in terms of the child's wellbeing. This study also showed that the group that combined both stress and child management training fared less well in comparison with the stress management or child management groups independently, but this may be due to the fact that it only comprised half of both of the 'pure' training programmes.

Chaffin et al. 2011

LoE: 1+

The raw observed recidivism percentages were 38% for the entire sample, 29% for self-motivation – parent child interaction therapy, 47% for services as usual – parent child interaction therapy, 41% for services as usual – services as usual, and 34% for self-motivation – services as usual. among the 58 cases with a new event, 12 first events (or 21%) resulted in a new removal from the home (10% of self-motivation – parent child interaction therapy events, 18% of services as usual – services as usual events, 24% of

- self-motivation-services as usual events, and 29% of services as usual-parent child interaction therapy events).*
- Bonferroni corrected pairwise comparisons were conducted among the four design cells, which suggested longer event-free survival for the self-motivation – parent child interaction therapy group relative to services as usual – parent child interaction therapy (Hazard Ratio = 0.11, $p = .05$) and self-motivation – services as usual (Hazard Ratio = 0.10, $p = .05$), and a sizable trend relative to the services as usual – services as usual group (Hazard Ratio = 0.20).*
- Chaffin et al. 2012
LoE: 1-
Safecare intervention main effects were consistently significant across models, with Hazard Ratios between 0.74 and 0.83. Given first-year recidivism of 45% for services as usual, the estimated number needed to treat (the number of cases treated with Safecare intervention to prevent 1 re-report by year 1) would fall between 9.6 and 15.7.
- Moss et al. 2011
LoE: 1+
An ANCOVA performed on sensitivity scores at posttest, with sensitivity scores at pretest, parent age and family SES risk index as covariates, revealed that parents in the intervention group exhibited higher levels of sensitivity following intervention than those in the control group, $F = (1, 62) = 4.85$, $p = .05$, $d = 0.47$.
- Mullins et al. 2005
LoE: 3
Of the 94 eligible participants who were followed (67% of the total sample indicating those women with at least one child in their care), 57 never experienced a re-report and were thus treated as censored data (i.e., the exact time to their next report is unknown, if indeed there is a next report; however, we do know that a report did not occur while they were under observation for the study).
- Runyon et al. 2010
LoE: 1-
Those participating in both the Combine-Parent-Child Cognitive Behaviour Therapy and Parent-Only Cognitive Behaviour Therapy groups demonstrated significant pre- to posttest improvements on parent and child-reported corporal punishment ... The parents in the Parent-Only Cognitive Behaviour Therapy group reported using less corporal punishment to manage their children's behavior at posttest than the parents in the Combine-Parent-Child Cognitive Behaviour Therapy group.
- Stronach et al. 2013
LoE: 1+
Consistent with Hypothesis 1, children in the child-parent psychopathy group had higher rates of secure attachment, $\chi^2 (1, n = 76) = 16.33$, $p = .001$, effect size = 0.46, and lower rates of disorganized attachment, $\chi^2 (1, n = 76) = 3.83$, $p = .05$, effect size = 0.23, at follow-up than did children in the community standard group. However, the psychoeducational parenting intervention and the community standard groups did not differ on rates of attachment security, $\chi^2 (1, n = 71) = 1.27$, $p = .26$, effect size = 0.13, or disorganization, $\chi^2 (1, n = 71) = 0.62$, $p = .43$, effect size = 0.09. Of note, children who received child-parent psychopathy were more likely to demonstrate secure attachment, $\chi^2 (1, n = 49) = 5.41$, $p = .02$, effect size = 0.33, and less likely to be classified disorganized, $\chi^2 (1, n = 49) = 5.52$, $p = .02$, effect size = 0.34, at follow-up than were children who received psychoeducational parenting intervention.

Nr. 134 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (87%)

Bei Maßnahmen für misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung sollten* Kinder und Jugendliche in dem Maße einbezogen werden, soweit sie dem zustimmen.

Quelle: Moss et al. 2013; Runyon et al. 2010

LoE 1+ bis 1-

Empfehlungsgrad B*

Referenz

Textauszug

Moss et al. 2013

LoE: 1+

We attribute the success of this intervention program to the fact that interveners were trained to help mothers recognize and alter not only the insensitive maternal behavior associated with organized–insecure attachment but also the frightening, extremely intrusive, or unresponsive behaviors that have been associated with disorganized and controlling attachment in infants and preschoolers (Hesse & Main 2006; Lyons-Ruth et al. 1999).

Runyon et al. 2010

LoE: 1-

When children participated in treatment with their parents, the parents reported significantly greater improvements in positive parenting.

Hintergrund zu der Handlungsempfehlung Nr.134

Bevor Kinder und Jugendliche in die Intervention einbezogen werden, sollte die Fachkraft mit ihnen folgende Aspekte klären:

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Ziel und ihre Rolle bei der Intervention
- Vorteile ihrer Beteiligung
- Klärung, ob und inwieweit weitere Personen an der Intervention anwesend und beteiligt sind

Weitere Informationen zur Beteiligung von Kindern und Jugendlichen finden Sie im Kapitel ["Partizipation"](#).

5 Ausblick

5.1 Gültigkeit und Update

Aufgrund der momentan nicht vorhandenen finanziellen Ressourcen ist ein Aktualisierungsverfahren zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Eine Leitlinienaktualisierung nach Ablauf von fünf Jahren – gemessen ab dem Zeitraum der schriftlichen Publikation – wird von der federführenden Fachgesellschaft angestrebt.

5.2 Forschungsbedarf

Es liegen nur wenige Studien aus Deutschland vor, sodass sowohl in den diagnostischen als auch in den Bereichen wie z.B. in der Kooperation aller Versorgungsbereiche ein Bedarf für z.B. Kohortenstudien oder auch nicht analytische Studien besteht. Die Evidenz der Kinderschutzleitlinie beruht überwiegend auf internationalen Studien.

Die Themenbereiche, die auf limitierter oder schwacher Evidenz basieren, verdeutlichen, dass internationaler Forschungsbedarf im Bereich des Kinderschutzes weiterhin in allen Versorgungsbereichen sehr hoch ist. Es bedarf einer Kraftanstrengung aller Beteiligten.

Bspw. beruhen die in der Leitlinie entwickelten Handlungsempfehlungen bzgl. der Kooperation und Zusammenarbeit in erster Linie auf internationaler Evidenz (z.B. Child Protection Teams, CAC's) und nicht auf Studien, die das deutsche Versorgungssystem untersuchen. Ein Ziel ist es, gemeinsame Forschungsprojekte in Deutschland zu entwickeln und umzusetzen, die einen Rückschluss auf die Ergebnisqualität regionaler und überregionaler Kooperation im Kinderschutz erlauben. Ergebnisse für Kinder und Jugendliche sollen im Mittelpunkt des Kinderschutzverfahrens und der Kinderschutzforschung stehen. Ein wesentlicher Bereich sind kinder- und jugendfokussierte Outcomes in Bezug auf die Kooperation und Netzwerkarbeit im Kinderschutz zwischen dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, Pädagogik und anderen Kinderschutzpartnern_innen.

Ein großer Forschungsbedarf besteht für Studien mit langfristigen Outcomes, um eingeleitete Maßnahmen auch über einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren zu verfolgen. Das Thema Partizipation von Kindern und Jugendlichen wie auch ihrer Eltern und Personensorgeberechtigten am und im Kinderschutzverfahren wäre dafür beispielhaft.

Danksagung

Die Mitarbeitenden des Kinderschutzleitlinienbüros danken:

Dem Gesundheitsministerium für seine Förderung und die Unterstützung durch seine Mitarbeitenden

Der Universität Bonn und der Universitätsklinik Bonn für seine Unterstützung

Den Bundesministerien und Bundesbeauftragten, den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen

Den Mitarbeitenden der AWMF, insbesondere Frau Prof. Dr. Ina Kopp für ihre Unterstützung, Beratung und Moderation der Konsensuskonferenz

Allen Mandatierten und Beteiligten der Leitlinie für ihren großen und überwiegend ehrenamtlichen Einsatz für die Erstellung der Leitlinie

Literaturverzeichnis

Adams, Joyce A.; Farst, Karen J.; Kellogg, Nancy D. (2018): Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse. An Update for 2018. In: *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 31 (3), S. 225–231. DOI: 10.1016/j.jpag.2017.12.011.

Adamsbaum, Catherine; Grabar, Sophie; Mejean, Nathalie; Rey-Salmon, Caroline (2010): Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. In: *Pediatrics* 126 (3), S. 546–555. DOI: 10.1542/peds.2009-3647.

AG Essen (2002): Amtsgericht Essen, 104 F 80/01. Beschluss vom 18. Juni 2002, Az. 104 F 80/01 SO, zuletzt geprüft am 12.10.2018.

American Academy of Pediatric Dentistry (2017): Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. In: *Pediatr Dent* 15 (6), S. 59–61.

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2016): Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. In: *AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY*.

American College of Radiology and the Society for Pediatric Radiology (2016): ACR–SPR Practice Parameter for Skeletal Surveys in Children. Online verfügbar unter <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d3CYTwsddzgJ:https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Practice-Parameters/Skeletal-Survey.pdf+%&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-b>, zuletzt geprüft am 08.10.2018.

Anderson, Gwendolyn D.; Anderson, Jennifer N.; Gilgun, Jane F. (2014): The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. In: *Journal of child sexual abuse* 23 (6), S. 615–634. DOI: 10.1080/10538712.2014.932878.

AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro (2018): AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018. Systematische Review zu Fallserien und -berichten mit der Differentialdiagnose einer Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder –missbrauch — leitliniekinderschutz. Online verfügbar unter <https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/informationen/links-downloads-1/awmf-s3-kinderschutzleitlinienbuero.-2018.-systematische-review-zu-fallserien-und-berichten-mit-der-differentialdiagnose-einer-kindesmisshandlung-vernachlaessigung-oder-2013missbrauch/view>, zuletzt geprüft am 15.10.2018.

Badger, Gary J. (1986): Caries Incidence in child abuse and neglect. In: *Pediatric Dentistry* 8, S. 101–102.

Barlow, J.; Johnston, I.; Kendrick, D.; Polnay, L.; Stewart-Brown, S. (2006): Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (3), CD005463. DOI: 10.1002/14651858.CD005463.pub2.

Barlow, Jane (2012): Child maltreatment during infancy. Atypical parent–infant relationships. In: *Paediatrics and Child Health* 22 (11), S. 465–469. DOI: 10.1016/j.paed.2012.06.006.

Benia, Luis Roberto; Hauck-Filho, Nelson; Dillenburg, Mariana; Stein, Lilian Milnitsky (2015): The NICHD Investigative Interview Protocol: A Meta-Analytic Review. In: *Journal of child sexual abuse* 24 (3), S. 259–279. DOI: 10.1080/10538712.2015.1006749.

Bennett, S. (2008): Suspected abusive head trauma: Guidelines for a multidisciplinary approach. In: *Paediatr Child Health* 13 (2).

- Berrick, Jill Duerr; Dickens, Jonathan; Pösö, Tarja; Skivenes, Marit (2015): Children's involvement in care order decision-making: A cross-country analysis. In: *Child abuse & neglect* 49, S. 128–141. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.07.001.
- Bhardwaj, Gaurav; Chowdhury, Vivek; Jacobs, Mark B.; Moran, Kieran T.; Martin, Frank J.; Coroneo, Minas T. (2010): A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. In: *Ophthalmology* 117 (5), 983–992.e17. DOI: 10.1016/j.ophtha.2009.09.040.
- Bhatia, Shannu K.; Maguire, Sabine A.; Chadwick, Barbara L.; Hunter, M. Lindsay; Harris, Jennifer C.; Tempest, Vanessa et al. (2014): Characteristics of child dental neglect: a systematic review. In: *Journal of dentistry* 42 (3), S. 229–239. DOI: 10.1016/j.jdent.2013.10.010.
- Bidlingmaier, C.; Eberl, W.; Knöfler, R.; Kurnik, K. (2016): Präoperative Gerinnungsdiagnostik bei Kindern. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 164 (5), S. 407–420. DOI: 10.1007/s00112-016-0075-1.
- Binenbaum, Gil; Chen, Wendy; Huang, Jiayan; Ying, Gui-Shuang; Forbes, Brian J. (2016): The natural history of retinal hemorrhage in pediatric head trauma. In: *Journal of AAPOS : the official publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 20 (2), S. 131–135. DOI: 10.1016/j.japos.2015.12.008.
- Brauckhoff, G.; Kocher, T.; Holtfreter, B.; Bernhardt, O.; Splieth, C.; Biffar, R.; Saß, A. C. (2009): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47: Mundgesundheit. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Bremer, V.; Ulrich Marcus, U.; Hamouda, O.: Weiterer Anstieg der gemeldeten Syphilisfälle im Jahr 2012. Online verfügbar unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2a-hUKEWj-iavK8vbdAhWliqYKHSpBDNIQF-jABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FInfAZ%2FS%2FSyphilis%2FSyphilis_1971_2005%2FPowerPoints%2FSYPH_Deutschland_2013.pdf%3F__blob%3Dpublication-File&usg=AOvVaw3FN8dCJOVuXY8tXJxaR8z9, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Bright, Melissa A.; Alford, Shannon M.; Hinojosa, Melanie S.; Knapp, Caprice; Fernandez-Baca, Daniel E. (2015): Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. In: *Community dentistry and oral epidemiology* 43 (3), S. 193–199. DOI: 10.1111/cdoe.12137.
- Brockington, I.; Chandra, P.; Dubowitz, H.; Jones, D.; Moussa, S.; Nakku, J.; Ferre, I. Q. (2011): WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. In: *World Psychiatry* 10 (2), S. 93–102. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x.
- Brockington, Ian; Butterworth, Ruth; Glangeaud-Freudenthal, Nine (2017): An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. In: *Archives of women's mental health* 20 (1), S. 113–120. DOI: 10.1007/s00737-016-0684-7.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): ICF - Praxisleitfaden 3 Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Frankfurt am Main, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend (2012): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. 4. Auflage.
- Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend (2014): Kinder- und Jugendhilfe. Aches Buch Sozialgesetzbuch. 5. Auflage, zuletzt geprüft am 15.10.2018.

- Burger, Kaspar (2018): The subjective importance of children's participation rights: A discrimination perspective. In: *The American journal of orthopsychiatry*. DOI: 10.1037/ort0000343.
- BZgA & Robert Koch Institut: Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Campbell, Andrew M.; Hibbard, Roberta (2014): More than words: the emotional maltreatment of children. In: *Pediatric clinics of North America* 61 (5), S. 959–970. DOI: 10.1016/j.pcl.2014.06.004.
- Campbell, Kristine A.; Squires, Janet; Cook, Lawrence J.; Berger, Rachel P. (2009): Disparities in the medical examination of children in the home of a child with suspected physical abuse. In: *Child abuse & neglect* 33 (9), S. 612–617. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.02.008.
- Campbell K.A.; Bogen D.L.; Berger R.P. (2006): The Other Children A Survey of Child Abuse Physicians on the Medical Evaluation of Children Living With a Physically Abused Child. In: *Arch Pediatr Adolesc Med* 160, S. 1241–1246.
- Canfield, Martha; Radcliffe, Polly; Marlow, Sally; Boreham, Marggie; Gilchrist, Gail (2017): Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. In: *Child abuse & neglect* 70, S. 11–27. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.05.005.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018b): Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta. Online verfügbar unter <https://www.cdc.gov/std/stats>.
- Chaffin, Mark; Funderburk, Beverly; Bard, David; Valle, Linda Anne; Gurwitch, Robin (2011): A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 79 (1), S. 84–95. DOI: 10.1037/a0021227.
- Chaffin, Mark; Hecht, Debra; Bard, David; Silovsky, Jane F.; Beasley, William Howard (2012): A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services. In: *Pediatrics* 129 (3), S. 509–515. DOI: 10.1542/peds.2011-1840.
- Chaffin, Mark; Silovsky, Jane F.; Funderburk, Beverly; Valle, Linda Anne; Brestan, Elizabeth V.; Balachova, Tatiana et al. (2004): Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 72 (3), S. 500–510. DOI: 10.1037/0022-006X.72.3.500.
- Clemens, V.; Berthold, O.; Fegert, J. M.; Kölch, M. (2018): Kinder psychisch erkrankter Eltern. Auch ein Thema im Rahmen des Kinderschutzes. In: *Der Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-018-0561-x.
- Colgan, S. M.; Randall, P. G.; Porter, J. D. H. (2018): 'Bridging the gap' - A survey of medical GPs' awareness of child dental neglect as a marker of potential systemic child neglect. In: *British dental journal* 224 (9), S. 717–725. DOI: 10.1038/sj.bdj.2018.349.
- Cornelius, Jack R.; Clark, Duncan B.; Weyant, Robert; Bretz, Walter; Corby, Patricia; Mezzich, Ada; Kirisci, Levent (2004): Dental abnormalities in children of fathers with substance use disorders. In: *Addictive behaviors* 29 (5), S. 979–982. DOI: 10.1016/j.addbeh.2004.02.046.
- Cossar, Jeanette; Brandon, Marian; Jordan, Peter (2016): 'You've got to trust her and she's got to trust you'. Children's views on participation in the child protection system. In: *Child & Family Social Work* 21 (1), S. 103–112. DOI: 10.1111/cfs.12115.

- Crouch, Elizabeth; Radcliff, Elizabeth; Nelson, Joni; Strompolis, Melissa; Martin, Amy (2018): The experience of adverse childhood experiences and dental care in childhood. In: *Community dentistry and oral epidemiology* 46 (5), S. 442–448. DOI: 10.1111/cdoe.12389.
- Dawe, S.; Harnett, P.; Frye S (2008): Improving outcomes for children living in families with parental substance misuse: What do we know and what should we do. In: *Child Abuse Prevention Issues* (29), S. 1–14. Online verfügbar unter <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues29/issues29.html>.
- Deegener, G., & Körner, W (2005): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*: Hogrefe.
- Dennis, Cindy-Lee; Dowswell, Therese (2013): Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- DePrince, Anne P.; Chu, Ann T.; Labus, Jennifer; Shirk, Stephen R.; Potter, Cathryn (2015): Testing two approaches to revictimization prevention among adolescent girls in the child welfare system. In: *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine* 56 (2), S33-9. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.06.022.
- Der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2010): *Stellungnahmen und Positionen Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern*. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.agj.de/positionen/2009-2011.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (2016): *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken*. <https://www.dgkim.de/forschung/standard-bei-v-a-kindesmisshandlung>.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin & Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (2018): OPS 1.945 wird erlöswirksam! - Pressemitteilung vom 25.02.2018. Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKIM) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD). Online verfügbar unter <https://www.dgkim.de/news/mitteilung-der-deutschen-gesellschaft-fuer-kinderschutz-in-der-medizin-dgkim-und-der-gesellschaft-der-kinderkrankenhaeuser-und-kinderabteilungen-in-deutschland-e-v-gkind>, zuletzt geprüft am 11.10.2018.
- Deutscher Ärzteverlag GmbH; Ärzteblatt, Redaktion Deutsches: 1,8 Millionen Alkoholabhängige in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57160/1-8-Millionen-Alkoholabhaengige-in-Deutschland>, zuletzt geprüft am 10.10.2018.
- Diderich, Hester M.; Dechesne, Mark; Fekkes, Minne; Verkerk, Paul H.; Pannebakker, Fieke D.; Kleinderman, Mariska et al. (2014): Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. In: *Child abuse & neglect* 38 (11), S. 1822–1831. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.07.016.
- Die drogenbeauftragte der bundesregierung & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2003): 10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtkrank belasteten Familien. Online verfügbar unter http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mzgErCkz-CYJ:www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Kinder_aus_Suchtfamilien/10_Eckpunkte_2003.pdf+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-b, zuletzt geprüft am 10.10.2018.
- Die Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

- (2016): S3-Leitlinie „Me-thamphetamin-bezogene Störungen“ – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1. Online verfügbar unter www.crystal-meth.aeqz.de., zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- DIMDI: OPS. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/index.html>, zuletzt geprüft am 11.10.2018.
- Dressler D.P.; Hozid J. L. (2011): Thermal injury and child abuse: the medical evidence dilemma. In: *J Burn Care Rehabil* (22), S. 180–185.
- Duda, J. G.; Biss, S. P.; Bertoli, F.M.dP.; Bruzamolín, C. D.; Pizzatto, E.; Souza, J. F.; Losso, E. M. (2017): Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. In: *International journal of paediatric dentistry* 27 (3), S. 210–216. DOI: 10.1111/ipd.12254.
- Ellaway, B. A.; Payne, E. H.; Rolfe, K.; Dunstan, F. D.; Kemp, A. M.; Butler, I.; Sibert, J. R. (2004): Are abused babies protected from further abuse? In: *Archives of disease in childhood* 89 (9), S. 845–846. DOI: 10.1136/adc.2003.035493.
- EuropeanEuropäisches Parlament (2011): 28 September 2011 - Sexual orientation and gender identity at the UN Human Rights Council. Online verfügbar unter <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//EN>, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Euser, Saskia; Alink, Lenneke Ra; Stoltenborgh, Marije; Bakermans-Kranenburg, Marian J.; van IJendoorn, Marinus H. (2015): A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. In: *BMC public health* 15, S. 1068. DOI: 10.1186/s12889-015-2387-9.
- Eyberg, Sheila (1988): Parent-Child Interaction Therapy. In: *Child & Family Behavior Therapy* 10 (1), S. 33–46. DOI: 10.1300/J019v10n01_04.
- Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände: Jugend- und Familienministerkonferenz am 31.05./01.06.2007 in Potsdam. Qualitätsmerkmale und Rahmenbedingungen eines wirksamen Kinderschutzes in Deutschland Gemeinsame Empfehlungen der Jugend- und Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Fang, Xiangming; Brown, Derek S.; Florence, Curtis S.; Mercy, James A. (2012): The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. In: *Child abuse & neglect* 36 (2), S. 156–165. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.10.006.
- Fisch, Silvia; Keller, Theresa; Nazmy, Nurina; Stasun, Ulrike; Keil, Thomas; Klapp, Christine (2016): Evaluation des Babyotse-Plus-Screeningbogens. Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (10), S. 1300–1309. DOI: 10.1007/s00103-016-2425-5.
- Fischer, Jörg; Buchholz, Thomas; Merten, Roland (Hg.) (2011): Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fisher-Owens, S. A.; Lukefahr, J. L.; Tate, A. R. (2017): Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. In: *Pediatrics* 140 (2), S. 1–5, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Franke, I. (2013): Beim Kinderschutz ist viel passiert. 110. Aufl. (48).

- Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR (2000): HOME VISITING INTERVENTION FOR VULNERABLE FAMILIES WITH NEWBORNS: FOLLOW-UP RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. In: *Child abuse & neglect* 24 (11), S. 1399–1429.
- Fullerton, B.; Eickhorst, A.; Sann, A.; Lorenz, S. (2017): Suchtanzeichen bei Eltern mit Kleinkindern. Faktenblatt 4 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (15.04.2008): Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung. Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/2008_02_21_Kinder_Misshandlung_BAnz.pdf, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (18.06.2015): Methodenbewertung - Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/34-215-580/16-2015-06-18_Ki-RL_Neustrukturierung.pdf, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Kinderuntersuchungsheft, zuletzt geprüft am 11.10.2018.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2003): Abhängigkeit. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8554&suchstring=WHO_sucht&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=67363092&hlp_nr=3&p_janein=J, zuletzt aktualisiert am 05.12.2003, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Gesundheitsministerkonferenz (2008): Ergebnisse der Länderumfrage zu bewertenden Umsetzungsstrategien für die Prävention von Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigungen. Anlage zu TOP 5.4 der 81. GMK.
- Goldbeck, L.; Laib-Koehnemund, A.; Fegert, J. M. (2007): A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. In: *Child abuse & neglect* 31 (9), S. 919–933. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.03.018.
- Greene, P. E.; Chisick MC; Aaron GR (1994): A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. In: *Pediatric Dentistry* 16 (1), S. 41–45.
- Greene P & Chisick M.C. (1995): Child abuse/neglect and the oral health of children's Primary Dentition. In: *Military Medicine* 160 (6), S. 290–293.
- Gunn, Jane; Hegarty, Kelsey; Nagle, Cate; Della Forster; Brown, Stephanie; Lumley, Judith (2006): Putting woman-centered care into practice: a new (ANew) approach to psychosocial risk assessment during pregnancy. In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 33 (1), S. 46–55. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2006.00073.x.
- Haack, Mary; Alemi, Farrokh; Nemes, Susanna; Cohen, Honorable Jeri B. (2005): Experience with Family Drug Courts in Three Cities. In: *Substance Abuse* 25 (4), S. 17–25. DOI: 10.1300/J465v25n04_03.
- Habetha, Susanne; Bleich, Sabrina; Weidenhammer, Jörg; Fegert, Jörg M. (2012): A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health* 6 (1), S. 35. DOI: 10.1186/1753-2000-6-35.

- Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U (2008): Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? In: *Int J Paediatr Dent* 18 (1), S. 27–34.
- Hamilton-Giachritsis, Catherine E.; Browne, Kevin D. (2005): A retrospective study of risk to siblings in abusing families. In: *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)* 19 (4), S. 619–624. DOI: 10.1037/0893-3200.19.4.619.
- Harris, Jenny C. (2018): The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. In: *Archives of disease in childhood* 103 (8), S. 722–729. DOI: 10.1136/archdischild-2017-313173.
- Harris, Jenny C.; Balmer, Richard C.; Sidebotham, Peter D. (2009): British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. In: *International journal of paediatric dentistry*. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x.
- Hartung, Benno; Schaper, Julia; Fischer, Katinka; Ritz-Timme, Stefanie (2018): Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. In: *International journal of legal medicine*. DOI: 10.1007/s00414-018-1938-x.
- Häuser, Winfried; Schmutzer, Gabriele; Brähler, Elmar; Glaesmer, Heide (2011): Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. In: *Deutsches Arzteblatt international* 108 (17), S. 287–294. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0287.
- Hefti, Stephanie; Kölch, Michael; Di Gallo, Alain; Stierli, Rahel; Schmid, Marc; Binia Roth (2016): Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? In: *Kindheit und Entwicklung* 25 (2), S. 89–99. DOI: 10.1026/0942-5403/a000193.
- Herrmann, B.; Dettmeyer, R.B; Banaschak, S & Thyen, U (2016): Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag. 3. Auflage. Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter https://books.google.de/books?id=t1_UDAAAQBAJ&pg=PA72&lpg=PA72&dq=innere+verletzung+kindesmisshandlung&source=bl&ots=PAKc9eliLd&sig=jdeDIKilBs9G3-S547uKWwFlums&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEWjt69Sr8f3dAhUBliwKHZ3mAPoQ6AEwBXoE-CAIQAQ#v=onepage&q=innere%20verletzung%20kindesmisshandlung&f=false, zuletzt geprüft am 11.10.2018.
- Hershkowitz, Irit; Lamb, Michael E.; Katz, Carmit (2014): Allegation rates in forensic child abuse investigations. Comparing the revised and standard NICHD protocols. In: *Psychology, Public Policy, and Law* 20 (3), S. 336–344. DOI: 10.1037/a0037391.
- Hoytema van Konijnenburg, Eva M M; Diderich, Hester M.; Teeuw, Arianne H.; Klein Velderman, Mariska; Oudesluys-Murphy, Anne Marie; van der Lee, Johanna H (2016): Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. In: *Child abuse & neglect* 53, S. 81–94. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.11.012.
- Hunter, C. (2014): Effects of child abuse and neglect for adult survivors. Australian Institute of Family Studies. Online verfügbar unter <https://aifs.gov.au/cfca/publications/effects-child-abuse-and-neglect-adult-survivors>, zuletzt aktualisiert am 2018, zuletzt geprüft am 08 Oktober.
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.: Multiprofessionelle Inhouse-Fortbildung für regionale Netzwerke Frühe Hilfen: Kinderschutz und Kooperation der Institutionen. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. Frankfurt am Main.

- Jarde, Alexander; Morais, Michelle; Kingston, Dawn; Giallo, Rebecca; MacQueen, Glenda M.; Giglia, Lucy et al. (2016): Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 73 (8), S. 826–837. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934.
- Jessee, S. A. (1993): The neglect of our youth: a dental perspective. In: *ASDC J Dent Child* 60 (4), S. 361–364.
- Kahn, Robert S.; Brandt, Dominique; Whitaker, Robert C. (2004): Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. In: *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 158 (8), S. 721–729. DOI: 10.1001/archpedi.158.8.721.
- Keene, Emily J.; Skelton, Ruth; Day, Peter F.; Munyombwe, Theresa; Balmer, Richard C. (2015): The dental health of children subject to a child protection plan. In: *International journal of paediatric dentistry* 25 (6), S. 428–435. DOI: 10.1111/ipd.12149.
- Kelly, L., Hagemann-White, C., Meysen, T., & Römkens, R. (2011): Realising rights: Case studies on state responses to violence against women and children in Europe. Child and Woman Abuse Unit, London Metropolitan University. London.
- Kemp, A. M.; Joshi, A. H.; Mann, M.; Tempest, V.; Liu, A.; Holden, S.; Maguire, S. (2010): What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. In: *Archives of disease in childhood* 95 (5), S. 355–360. DOI: 10.1136/adc.2009.169110.
- Kemp, Alison M.; Maguire, Sabine A.; Lumb, Rebecca C.; Harris, Stacey M.; Mann, Mala K. (2014): Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse. A Systematic Review. In: *Child Abuse Rev.* 23 (1), S. 35–47. DOI: 10.1002/car.2278.
- Kepple, Nancy J. (2018): Does parental substance use always engender risk for children? Comparing incidence rate ratios of abusive and neglectful behaviors across substance use behavior patterns. In: *Child abuse & neglect* 76, S. 44–55. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.09.015.
- Kingston, Dawn; Tough, Suzanne (2014): Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. In: *Maternal and child health journal* 18 (7), S. 1728–1741. DOI: 10.1007/s10995-013-1418-3.
- Kivistö, K.; Alapulli, H.; Tupola, S.; Alaluusua, S.; Kivitie-Kallio, S. (2014): Dental health of young children prenatally exposed to buprenorphine. A concern of child neglect? In: *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry* 15 (3), S. 197–202. DOI: 10.1007/s40368-013-0095-7.
- Kölch, M.; Ziegenhain, U. (2015): Bessere Versorgung für Kinder von psychisch kranken Eltern. In: *Nervenheilkunde* 1-2, 49-5.
- Kölch, Michael (2009): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. In: *Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts*. Online verfügbar unter <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/13-kinder-und-jugendbericht/wissenstransfer.html>.
- Kos, Liborka; Shwayder, Tor (2006): Cutaneous manifestations of child abuse. In: *Pediatric dermatology* 23 (4), S. 311–320. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2006.00266.x.

- Krase, Kathryn S.; DeLong-Hamilton, Tobi A. (2015): Comparing reports of suspected child maltreatment in states with and without Universal Mandated Reporting. In: *Children and Youth Services Review* 50, S. 96–100. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2015.01.015.
- Krüger P; Lätsch D; Voll P; Völksen S (2017): Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen. Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern. Bern. Online verfügbar unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/home.webcode.html?webcode=E279.R460.de>, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Kumar P (1984): Child abuse by thermal injury--a retrospective survey (10), S. 344–348.
- Kvist, T.; Annerbäck, E.M; Dahllöf, G. (2018): Oral health in children investigated by Social services on suspicion of child abuse and neglect. In: *Child abuse & neglect* 76, S. 515–523.
- Kvist, T.; Zedren-Sunemo, J.; Graca, E.; Dahllöf, G. (2014): Is treatment under general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children? In: *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry* 15 (5), S. 327–332. DOI: 10.1007/s40368-014-0118-z.
- Kvist, Therese; Annerbäck, Eva-Maria; Sahlqvist, Lotta; Flodmark, Olof; Dahllöf, Göran (2013): Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. In: *European journal of oral sciences* 121 (6), S. 594–599. DOI: 10.1111/eos.12084.
- Lamb, M. E.; Garretson, M. E. (2003): The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. In: *Law Hum Behav.* 27 (2), S. 157–171.
- Lamond, D.A.P (1989): The impact of mandatory reporting legislation on reporting behaviour. In: *Child abuse & neglect* 13, S. 471–480.
- Lang, Cathleen A.; Cox, Matthew J.; Flores, Glenn (2013): Maltreatment in multiple-birth children. In: *Child abuse & neglect* 37 (12), S. 1109–1113. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.002.
- Leitner, H. (2017): Emotionale Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen - Formen, Ursachen und Interventionen. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg.
- Lewy, Jennifer; Cyr, Mireille; Dion, Jacinthe (2015): Impact of interviewers' supportive comments and children's reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure. In: *Child abuse & neglect* 43, S. 112–122. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.03.002.
- Lindberg, D. M.; Harper N.S.; Laskey, A.L; Berger R.P.; the ExSTRA Investigators (2013a): Prevalence of Abusive Fractures of the Hands, Feet, Spine, or Pelvis on Skeletal Survey Perhaps “Uncommon” Is More Common Than Suggested. In: *Pediatr Emer Care* 29, S. 26–29.
- Lindberg, Daniel M.; Blood, Emily A.; Campbell, Kristine A.; Laskey, Antoinette L.; Berger, Rachel P. (2013b): Predictors of screening and injury in contacts of physically abused children. In: *The Journal of pediatrics* 163 (3), 730-5.e1-3. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.02.051.
- Lindberg, Daniel M.; Shapiro, Robert A.; Laskey, Antoinette L.; Pallin, Daniel J.; Blood, Emily A.; Berger, Rachel P. (2012): Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. In: *Pediatrics* 130 (2), S. 193–201. DOI: 10.1542/peds.2012-0085.

- Logsdon, M. Cynthia; Mittelberg, Meghan; Jacob, Alexandra E.; Luther, James F.; Wisniewski, Stephen R.; Confer, Andrea et al. (2015): Maternal-Infant interaction in women with unipolar and bipolar depression. In: *Applied nursing research : ANR* 28 (4), S. 381–383. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.01.012.
- Lohse, K.; Katzenstein, H.; Beckmann, J.; Seltmann, D.; Meysen T (2018): Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern. des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF) vom 7.5.2018. Online verfügbar unter <https://www.dijuf.de/versorgung-minderjaehriger-nach-sexueller-gewalt.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Maag, A. (2008): Rechtliche Aspekte bei der zahnärztlichen Behandlung minderjähriger Patienten. In: Einwag, J. und Pieper, K.: *Kinderzahnheilkunde*. 3. Auflage, Urban & Fischer, München, 2008.
- Macmillan, Harriet L.; Thomas, B. Helen; Jamieson, Ellen; Walsh, Christine A.; Boyle, Michael H.; Shannon, Harry S.; Gafni, Amiram (2005): Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect. A randomised controlled trial. In: *The Lancet* 365 (9473), S. 1786–1793. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66388-X.
- Maguire, S.; Moynihan, S.; Mann, M.; Potokar, T.; Kemp, A. M. (2008): A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. In: *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries* 34 (8), S. 1072–1081. DOI: 10.1016/j.burns.2008.02.011.
- Maguire, S. A.; Upadhyaya, M.; Evans, A.; Mann, M. K.; Haroon, M. M.; Tempest, V. et al. (2013a): A systematic review of abusive visceral injuries in childhood--their range and recognition. In: *Child abuse & neglect* 37 (7), S. 430–445. DOI: 10.1016/j.chiabu.2012.10.009.
- Maguire, S. A.; Williams, B.; Naughton, A. M.; Cowley, L. E.; Tempest, V.; Mann, M. K. et al. (2015): A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. In: *Child: care, health and development* 41 (5), S. 641–653. DOI: 10.1111/cch.12227.
- Maguire, Sabine; Mann, Mala (2013): Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. In: *Evidence-based child health : a Cochrane review journal* 8 (2), S. 255–263. DOI: 10.1002/ebch.1909.
- Maguire, Sabine Ann; Lumb, Rebecca Caroline; Kemp, Alison Mary; Moynihan, Sian; Bunting, Howard John; Watts, Patrick O.; Adams, Gillian Gwendolen (2013b): A Systematic Review of the Differential Diagnosis of Retinal Haemorrhages in Children with Clinical Features associated with Child Abuse. In: *Child Abuse Review* 22 (1), S. 29–43. DOI: 10.1002/car.2224.
- Mathews, Ben (2014): Mandatory Reporting Laws and Identification of Child Abuse and Neglect. Consideration of Differential Maltreatment Types, and a Cross-Jurisdictional Analysis of Child Sexual Abuse Reports. In: *Social Sciences* 3 (3), S. 460–482. DOI: 10.3390/socsci3030460.
- Mathews, Ben; Bross, Donald C. (2008): Mandated reporting is still a policy with reason: empirical evidence and philosophical grounds. In: *Child abuse & neglect* 32 (5), S. 511–516. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.06.010.
- Mathews, Ben; Lee, Xing Ju; Norman, Rosana E. (2016): Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: A seven year time trend analysis. In: *Child abuse & neglect* 56, S. 62–79. DOI: 10.1016/j.chiabu.2016.04.009.
- Matsuyama, Yusuke; Fujiwara, Takeo; Aida, Jun; Watt, Richard G.; Kondo, Naoki; Yamamoto, Tatsuo et al. (2016): Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-

- course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. In: *Community dentistry and oral epidemiology* 44 (6), S. 531–539. DOI: 10.1111/cdoe.12246.
- McDonald KC (2007): Child Abuse: Approach and Management. In: *American Academy of Family Physicians* 75 (221-228).
- Mejdoubi, J.; van den Heijkant, S.C.C.M; van Leerdam, F.J.M; Heymans, M. W.; Hirasings, R. A.; Crijnen, A.A.M. (2013): Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. In: *PloS one* 8 (10), e78185. DOI: 10.1371/journal.pone.0078185.
- Melville, John D.; Lukefahr, James L.; Cornell, John; Kellogg, Nancy D.; Lancaster, Jack L. (2013): The effect of image quality on the assessment of child abuse photographs. In: *Pediatric emergency care* 29 (5), S. 607–611. DOI: 10.1097/PEC.0b013e31828e848e.
- Merlini, Laura; Carpentier, Marc; Ferrey, Solène; Anooshiravani, Mehrak; Poletti, Pierre-Alexandre; Hanquinet, Sylviane (2017): Whole-body MRI in children: Would a 3D STIR sequence alone be sufficient for investigating common paediatric conditions? A comparative study. In: *European journal of radiology* 88, S. 155–162. DOI: 10.1016/j.ejrad.2017.01.014.
- Metz, James B.; Schwartz, Kimberly A.; Feldman, Kenneth W.; Lindberg, Daniel M. (2014): Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. In: *Archives of disease in childhood* 99 (9), S. 817–823. DOI: 10.1136/archdischild-2013-304701.
- Mezrich, Ada C.; Bretz, Walter A.; Day, Bang-Shiuh; Corby, Patricia M.; Kirisci, Levent; Swaney, Michelle et al. (2007): Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. In: *The American journal on addictions* 16 (5), S. 397–402. DOI: 10.1080/10550490701525509.
- Michel, A.; Keil, J.; Andreas, A.; White, L. O.; Sierau, S.; Costa, A. et al. (2014): Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. In: *Monatsschr Kinderheilkd* 162 (12), S. 1090–1096. DOI: 10.1007/s00112-014-3144-3.
- Minozzi, Silvia; Amato, Laura; Bellisario, Cristina; Ferri, Marica; Davoli, Marina (2013): Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (12), CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub3.
- Moesgen, Diana; Klein, Michael (2010): Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: *Public Health Forum* 18 (2). DOI: 10.1016/j.phf.2010.03.011.
- Montecchi, P. P.; Di,Trani,M.; Sarzi,Amade,D.; Bufacchi, C.; Montecchi, F.; Polimeni, A. (2009): The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. In: *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry* 10 (4), S. 185–187. Online verfügbar unter <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=358360281>.
- Morad, Yair; Kim, Yuri M.; Mian, Marcellina; Huyer, Dirk; Capra, Louise; Levin, Alex V. (2003): Nonophthalmologist accuracy in diagnosing retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. In: *The Journal of pediatrics* 142 (4), S. 431–434. DOI: 10.1067/mpd.2003.161.
- Moss, Ellen; Dubois-Comtois, Karine; Cyr, Chantal; Tarabulsy, George M.; St-Laurent, Diane; Bernier, Annie (2011): Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. In: *Development and psychopathology* 23 (1), S. 195–210. DOI: 10.1017/S0954579410000738.

- Mullins, Sharon M.; Bard, David E.; Ondersma, Steven J. (2005): Comprehensive services for mothers of drug-exposed infants: relations between program participation and subsequent child protective services reports. In: *Child maltreatment* 10 (1), S. 72–81. DOI: 10.1177/1077559504272101.
- Naidoo, S. (2000): A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. In: *Child abuse & neglect* 24 (4), S. 521–534. DOI: 10.1016/S0145-2134(00)00114-9.
- Nakagaki, H.; Morita, I.; Shibata, T. (2009): The state of dental caries and daily habits of maltreated elementary schoolchildren. In: *Caries Res* 43, S. 179–244.
- Naughton, Aideen Mary; Maguire, Sabine Ann; Mann, Mala Kanthi; Lumb, Rebecca Caroline; Tempest, Vanessa; Gracias, Shirley; Kemp, Alison Mary (2013): Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. In: *JAMA pediatrics* 167 (8), S. 769–775. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.192.
- Newlin, C.; Steele, L. C.; Chamberlin, A.; Anderson, J.; Kenniston, J.; Russell, A. et al. (2015): Child Forensic Interviewing: Best Practices. In: *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.
- Niehaus, S.; Volbert, R.; Fegert, J. M. (2017): Entwicklungsgerechte Befragung von Kindern im Strafverfahren. Berlin: Springer.
- Norman, Rosana E.; Byambaa, Munkhtsetseg; De, Rumna; Butchart, Alexander; Scott, James; Vos, Theo (2012): The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. In: *PLoS medicine* 9 (11), e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Oberlandesgericht Hamburg (2017): Familiengerichtliches Verfahrens wegen Gefährdung des Kindeswohls: Verfahrenskostenhilfe bei Mandatierung eines Rechtsanwalts durch den Minderjährigen 70/17. Beschluss vom 2. Mai 2017, Az. 12 WF, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Odhayani, A.; Watson, W. J.; Watson, L. (2013): Behavioural consequences of child abuse. In: *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien* 59, S. 831–836.
- OHCHR: OHCHR | Home. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Online verfügbar unter <https://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Olivian G (2003): Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. In: *Eur J Public Health* 13 (1), S. 91–92.
- O'Reilly, Lisa; Dolan, Pat (2016): The Voice of the Child in Social Work Assessments: Age-Appropriate Communication with Children. In: *British Journal of Social Work* 46 (5), S. 1191–1207. DOI: 10.1093/bjsw/bcv040.
- Orlando, Susan (2014): An overview of clinical tools used to assess neonatal abstinence syndrome. In: *The Journal of perinatal & neonatal nursing* 28 (3), S. 212–219. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000043.
- Paavilainen, E. and Flinck, A. (2017): The Effectiveness of Methods Designed to Identify Child Maltreatment in Social and Health Care: A Systematic Review. In: *Austin Journal of Nursing & Health Care* 4 (1), S. 1–7.
- Palusci, Vincent J.; Vandervort, Frank E. (2014): Universal reporting laws and child maltreatment report rates in large U.S. counties. In: *Children and Youth Services Review* 38, S. 20–28. DOI: 10.1016/j.childyouth.2013.12.010.

- Pandya, Nirav K.; Baldwin, Keith; Wolfgruber, Hayley; Christian, Cindy W.; Drummond, Denis S.; Hosalkar, Harish S. (2009): Child abuse and orthopaedic injury patterns: analysis at a level I pediatric trauma center. In: *Journal of pediatric orthopedics* 29 (6), S. 618–625. DOI: 10.1097/BPO.0b013e3181b2b3ee.
- Paradowski, I. M.; Seifert, D.; Püschel, K.; Anders, S. (2013): „Dental neglect“. In: *Rechtsmedizin* 23 (3), S. 186–190. DOI: 10.1007/s00194-013-0894-5.
- Perez-Rossello, Jeannette M.; Connolly, Susan A.; Newton, Alice W.; Zou, Kelly H.; Kleinman, Paul K. (2010): Whole-body MRI in suspected infant abuse. In: *AJR. American journal of roentgenology* 195 (3), S. 744–750. DOI: 10.2214/AJR.09.3364.
- Phillips, Karin L.; Bastin, Sonja T.; Davies-Payne, David; Browne, Diana; Bird, Helen L.; Craw, Susan et al. (2015): Radiographic skeletal survey for non-accidental injury: systematic review and development of a national New Zealand protocol. In: *Journal of medical imaging and radiation oncology* 59 (1), S. 54–65. DOI: 10.1111/1754-9485.12271.
- Piteau, Shalea J.; Ward, Michelle G. K.; Barrowman, Nick J.; Plint, Amy C. (2012): Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. In: *Pediatrics* 130 (2), S. 315–323. DOI: 10.1542/peds.2011-1545.
- Polizei-liche Kriminal-statistik (PKS) (2018): Opfer nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2017/pks2017_node.html, zuletzt geprüft am 08 Oktober.
- Reavley, Nicola J.; Mackinnon, Andrew J.; Morgan, Amy J.; Jorm, Anthony F. (2014): Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. In: *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 48 (5), S. 433–441. DOI: 10.1177/0004867413500351.
- Rees, C. A. (2010): Understanding emotional abuse. In: *Archives of disease in childhood* 95 (1), S. 59–67. DOI: 10.1136/adc.2008.143156.
- Robert Koch-Institut (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede.
- Roberts, K. P., Brubacher, S. P., Powell, M. B., & Price, H. L. (2011): Practice narratives. In M. E. Lamb, D. J. La Rooy, L. C. Malloy, & C. Katz (Hrsg.), *Children’s testimony: a handbook of psychological research and forensic practice*. Chichester: Wiley.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2017e): Child Protection Evidence Systematic review on Burns Last updated: July 2017. Royal College of Paediatrics and Child Health. Online verfügbar unter <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-burns>, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2017d): Child Protection Evidence Systematic review on Fractures Last updated: February 2015. Online verfügbar unter <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-fractures>.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2017b): Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries Last updated: August 2014. Online verfügbar unter <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-neurological-injuries>.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2017c): Child Protection Evidence Systematic review on Retinal Findings Last updated: January 2015. Online verfügbar unter <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-retinal-findings>.

- Royal College of Radiologists & Society and College of Radiographers (2017): The radiological investigation of suspected physical abuse in children. Online verfügbar unter <https://www.rcr.ac.uk/publication/radiological-investigation-suspected-physical-abuse-children>, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Sarri, G.; Evans, P.; Stansfeld, S.; Marcenes, W. (2012): A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area of the UK. In: *British dental journal* 213 (10), E17. DOI: 10.1038/sj.bdj.2012.1042.
- Schilke R, Felgenhauer F, Grigull L (2009): Zahnärzte haben hohe Verantwortung. In: *Zahnärztl Mittl* 99, S. 2916–2921.
- Schilke, R. & Brunner-Strepp, B. (2009): Kariesinzidenz bei misshandelten oder vernachlässigten Kindern. München, 2009.
- Schmid M, Schielke A, Becker T et al. (2008): Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. In: *Nervenheilkunde* 27, S. 533–539.
- Schofield, Zena; Sisodia, Neelam (2014): An obstetrician's guide to perinatal psychiatry. In: *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 24 (11), S. 340–344. DOI: 10.1016/j.ogrm.2014.08.003.
- Scholl-Bürgi, S.; Kapelari, K.; Michel, M.; Pavlic, M.; Streif, W.; Karall, D. (2016): Angeborene Stoffwechselstörungen in der Differenzialdiagnose von Kindesmisshandlung. In: *pädiatrische praxis* 86 (2), S. 273–283.
- Scorca, A.; Santoro, V.; Donno, A. de; Grattagliano, I.; Tafuri, S.; Introna, F. (2013): Early childhood caries (ECC) and neglect in child care: analysis of an Italian sample. In: *La Clinica terapeutica* 164 (5), e365-71. DOI: 10.7417/CT.2013.1614.
- Sharps, Phyllis W.; Bullock, Linda F.; Campbell, Jacquelyn C.; Alhusen, Jeanne L.; Ghazarian, Sharon R.; Bhandari, Shreya S.; Schminkey, Donna L. (2016): Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial. In: *Journal of women's health (2002)* 25 (11), S. 1129–1138. DOI: 10.1089/jwh.2015.5547.
- Sheiham, A.; Spencer, J. (1997): Health needs assessment Community Oral Health Oxford 10, S. 39–54.
- Sillevis Smitt, Henk; Leeuw, Jenny de; Vries, Tjalling de (2017): Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. In: *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 75 (11), S. 2304–2306. DOI: 10.1016/j.joms.2017.05.004.
- Sittig, J. S.; Uiterwaal, C.S.P.M; Moons, K.G.M.; Russel, I.M.B.; Nievelstein, R.A.J.; Nieuwenhuis, E.E.S.; van de Putte, E. M. (2016): Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. In: *BMJ open* 6 (3), e010788. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010788.
- Sonbol, H. N.; Abu-Ghazaleh, S.; Rajab, L. D.; Baqain, Z. H.; Saman, R.; Al-Bitar, Z. B. (2012): Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. In: *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe* 16 (1), e158-65. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x.
- Sperhake, J. P.; Herrmann, B. (2008): Schütteltrauma (nichtakzidentelle Kopfverletzung). In: *Rechtsmedizin* 18 (1), S. 48–52. DOI: 10.1007/s00194-007-0485-4.

- Spix, Claudia; Blettner, Maria (2012): Screening: part 19 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (21), S. 385–390. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0385.
- Stadelmann, Stephanie; Perren, Sonja; Kölch, Michael; Groeben, Maureen; Schmid, Marc (2010): Psychisch kranke und unbelastete Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung* 19 (2), S. 72–81. DOI: 10.1026/0942-5403/a000011.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII - 2017.
- Statistisches Bundesamt (2018b): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Vorläufige Schutzmaßnahmen - 2017, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Statistisches Bundesamt (2016): 2015: Anstieg der Verfahren zur Kindeswohlgefährdung um 4,2 %. Wiesbaden. Dorothee von Wahl.
- Stietenroth A, Nowotzin R & Oberle A (2016): Vernachlässigung – Mehr als ein Blick und ein ungutes Gefühl- ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“. Grundlagentext im Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin“. Online verfügbar unter <https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de>.
- Suri, Rita; Lin, Alex S.; Cohen, Lee S.; Altshuler, Lori L. (2014): Acute and long-term behavioral outcome of infants and children exposed in utero to either maternal depression or antidepressants: a review of the literature. In: *The Journal of clinical psychiatry* 75 (10), e1142-52. DOI: 10.4088/JCP.13r08926.
- Taft, Angela J.; Hooker, Leesa; Humphreys, Cathy; Hegarty, Kelsey; Walter, Ruby; Adams, Catina et al. (2015): Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. In: *BMC medicine* 13, S. 150. DOI: 10.1186/s12916-015-0375-7.
- Thaiss, H.; Klein, R.; Schumann, E. C.; Ellsäcker, G.; Breitkopf, H.; Reinecke, H.; Zimmermann, E. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (10), S. 1029–1047. DOI: 10.1007/s00103-010-1134-8.
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018): Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. The National Institute for Health and Care Excellence. Online verfügbar unter [nice.org.uk/guidance/cg110](https://www.nice.org.uk/guidance/cg110), zuletzt geprüft am 11.10.2018.
- Thole, W.; Retkowski, A.; Schäuble, B. (2012): Sorgende Arrangements Kinderschutz zwischen Organisation und Familie. Kassel: Springer VS.
- Thumeyer, A.; Buschmann, C. (2012): Die KAI-Zahnputz-Systematik. Ein der Entwicklung von Kindern angepasstes Mundpflegekonzept. In: *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 34 (3), S. 124–128.
- Tonmyr, Lil; Draca, Jasminka; Crain, Jennifer; Macmillan, Harriet L. (2011): Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. In: *Child abuse & neglect* 35 (10), S. 767–782. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.04.011.
- Uldum, Birgitte; Christensen, Hanne Nødgaard; Welbury, Richard; Poulsen, Sven (2010): Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. In: *International journal of paediatric dentistry* 20 (5), S. 361–365. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2010.01070.x.
- UNICEF Deutschland (1989): Konvention über die Rechte des Kindes. UNICEF Deutschland. Köln. Online verfügbar unter <https://www.unicef.de/blob/9364/.../d0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf>, zuletzt geprüft am 10.10.2018.

- United Nations (1989): 11. Conventions on the Rights of the Child. New York. Online verfügbar unter https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Valencia-Rojas, Nancy; Lawrence, Herenia P.; Goodman, Deborah (2008): Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. In: *Journal of public health dentistry* 68 (2), S. 94–101. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2007.00077.x.
- van Santvoort, F.; Hosman, C.M.H.; Janssens, J.M.A.M.; van Doesum, K.T.M.; Reupert, A.; van Loon, L.M.A. (2015): The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review. In: *Clinical child and family psychology review* 18 (4), S. 281–299. DOI: 10.1007/s10567-015-0191-9.
- Vester, Marloes E.M.; Bilo, R.A C.; Karst, W. A.; Daams, J. G.; Duijst, W.L.J.M.; van Rijn, R. R. (2015): Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. In: *Forensic science, medicine, and pathology* 11 (3), S. 405–415. DOI: 10.1007/s12024-015-9698-0.
- Vis, Svein Arild; Strandbu, Astrid; Holtan, Amy; Thomas, Nigel (2011): Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. In: *Child & Family Social Work* 16 (3), S. 325–335. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x.
- Vitale, Melissa A.; Squires, Janet; Zuckerbraun, Noel S.; Berger, Rachel P. (2010): Evaluation of the siblings of physically abused children: a comparison of child protective services caseworkers and child abuse physicians. In: *Child maltreatment* 15 (2), S. 144–151. DOI: 10.1177/1077559509360250.
- Vostanis, Panos; Graves, Alexandra; Meltzer, Howard; Goodman, Robert; Jenkins, Rachel; Brugha, Traolach (2006): Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health--findings from the GB national study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41 (7), S. 509–514. DOI: 10.1007/s00127-006-0061-3.
- Watts, Patrick; Maguire, Sabine; Kwok, Thomas; Talabani, Bnar; Mann, Mala; Wiener, Jarmila et al. (2013): Newborn retinal hemorrhages: a systematic review. In: *Journal of AAPOS : the official publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus* 17 (1), S. 70–78. DOI: 10.1016/j.jaapos.2012.07.012.
- Weltgesundheitsorganisation (2006): Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Weltgesundheitsorganisation. Denmark.
- Weltgesundheitsorganisation (2014): Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organisation. Geneva.
- Weltgesundheitsorganisation (2015): Mental health. Maternal mental health. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/, zuletzt geprüft am 15.10.2018.
- Weltgesundheitsorganisation (2018): Violence and Injury Prevention. Child maltreatment (child abuse). World Health Organisation. Online verfügbar unter http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/, zuletzt geprüft am 08.10.2018.
- Weltgesundheitsorganisation (2019): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/, zuletzt aktualisiert am 2019, zuletzt geprüft am 12.10.2018.

Wilson, L.; Reid, A.J., Midmer, D.K.; Biringier, A.; Carroll, J. C.; Stewart, D. E. (1996): ANTENATAL PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ADVERSE POSTPARTUM FAMILY OUTCOMES. In: *CAN MED ASSOC J* 154 (6).

Wolff, M. S. de; van Ijzendoorn, M. H. (1997): Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. In: *Child Development* 68, S. 571–591.

Woolfson, R. C.; Heffernan, E.; Paul, M.; Brown, M. (2010): Young People's Views of the Child Protection System in Scotland. In: *British Journal of Social Work* 40 (7), S. 2069–2085. DOI: 10.1093/bjsw/bcp120.

World Health Organisation and International Society for Prevention (2006): Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization. France.

Zarate, Yuri A.; Clingenpeel, Rachel; Sellars, Elizabeth A.; Tang, Xinyu; Kaylor, Julie A.; Bosanko, Katherine et al. (2016): COL1A1 and COL1A2 sequencing results in cohort of patients undergoing evaluation for potential child abuse. In: *American journal of medical genetics. Part A* 170 (7), S. 1858–1862. DOI: 10.1002/ajmg.a.37664.

Anhang

Anhang 1 Transforming cases to PICO's



Transforming cases to PICO's: Methodology of the evidence-based child protection guideline

Lisa Kurylowicz¹, Malou Blessen¹, Juergen Freiberg¹, Maren Kraft¹, Frauke Schwier^{1,2} and Ingo Franke¹

¹ Child Protection Guidelines, University Children's Hospital, Bonn
² Department of Paediatric Surgery, University Children's Hospital, Dresden

Background

Many providers, outside of traditional health care professionals, such as doctors, nurses and midwives, play a significant role in promoting and providing services to ensure the health and wellbeing of individuals and the community. A network of communication, collaboration and cooperation between these service providers is required to achieve healthcare goals for the population. The inclusion of these non-healthcare/medical actors in the development of clinical practices can not only enhance the understanding of the topic but potentially provide insight into important areas to cover in clinical practice guidelines, including child protection. The wellbeing and safety of children is paramount; to support and facilitate the protection of children certain providers, such as social services, need to be engaged to find alternative care arrangements. Currently there is no national evidence based clinical practice guideline (German AWMF S3) for child protection. Furthermore other current international child protection guidelines have not used case-based, practice-related approach to the guideline development.

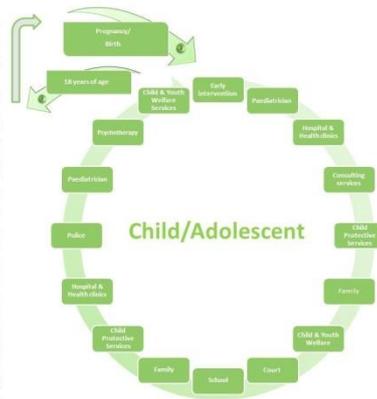


Figure 1. Numerous partners from different service providers are involved in the child protection circle, which centres around the health, wellbeing and needs of the child or adolescent.

Representatives from 80 different professional societies, organisations and government ministries representing medicine and healthcare, youth and social services, education and other partners from the child protection circle were involved in the guideline development.

Aim

- To develop PICO's & determine the relevant topics in the clinical practice guideline using a case based, practice orientated approach, involving professionals from healthcare/medical, education and social services
- To compose an overarching child centred, practice relevant, clinical practice guideline. The guideline covers 5 forms of child maltreatment and focuses on child maltreatment prevention, detection, diagnosis and protection measures. Cooperation between healthcare, education and social service professionals is an important consideration in the guideline

Method

- Survey developed by guideline office in conjunction with the steering committee
- The survey was conducted to gain a representative overview of child protection cases and the uncertainties in dealing with child protection cases in every day professional life in Germany
 - Collaboration and communication between these different professional agencies was of particular focus
 - 55 questions relevant to each case covering
 - personal demographic information - profession, years of experience etc.
 - information about the child, parents & siblings
 - detailed description of the case
 - further actions or interventions
 - ranking of relevance & importance of the case in the development of the clinical practice guidelines
 - personal reflection – gaps in knowledge
- Participants: Members of the 80 professional societies and organisations involved in the development of the guideline
- Analysis: Descriptive analysis of data

Results

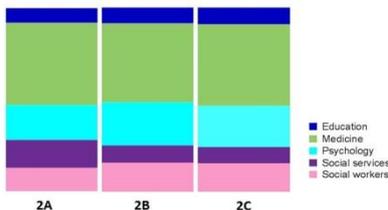


Figure 2. The distribution of the (A) professional societies and organisations (n = 80) involved in guideline development (B) the survey participants (n = 258) and (C) cases reported (n = 476) in the survey according to the different service provider groups.

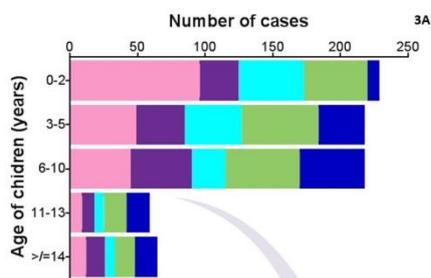
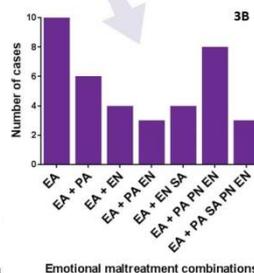


Figure 3A. Shows the distribution of the cases (n = 476) reported in the online survey according to the age of the children and form of maltreatment.

Figure 3B. Shows some of the different combinations maltreatment reported in the survey according to emotional maltreatment for children aged between 6 and 10 years of age. 38 of the 45 cases are represented.



EA = emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = sexual abuse; EN = emotional neglect; PN = physical neglect

Take home message

- Reported cases from a variety of traditional and non-traditional healthcare providers can provide an overall insight into a healthcare problem and serve as a basis for a practice relevant and related guideline
- To maximise the outcomes and relevance, this approach requires cooperation from representatives from all service providers throughout the entire guideline development process

Cases → PICO's → Recommendations

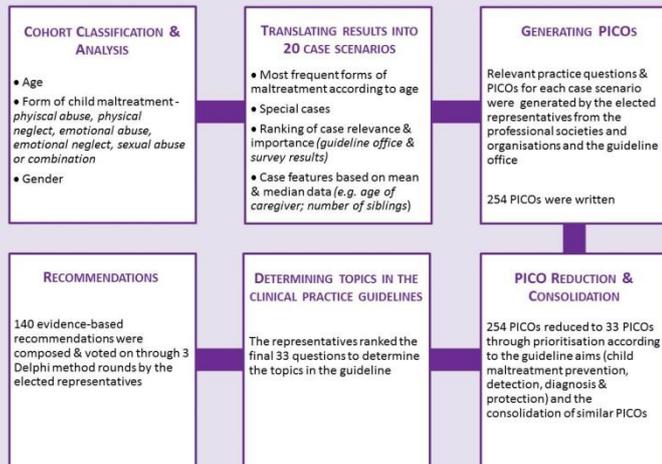


Figure 4. The approach used to convert the results of the online survey, where 476 real cases were reported, into case scenarios that served as the basis for the PICO's and final topics covered in the AWMF S3+ CHILD (SEXUAL) ABUSE AND NEGLECT GUIDELINE: INCLUDING YOUTH WELFARE AND EDUCATION.

Anhang 2 Fragebogen der Pediatric Sexual Assault Nurse Examiner (P-SANE) von Hornor et al. 2012

Table 1 Evidence Collection Worksheet P-SANE	
Patient _____	Name: _____
Medical _____	Record # _____
Law _____	enforcement officer: _____
Law _____	enforcement jurisdiction: _____
Date _____ and _____ time _____ of _____ sexual _____	assault/abuse: _____
Date and time of exam: _____	
Patient gives history of: <input type="checkbox"/> Genital-Genital Contact <input type="checkbox"/> Anal-Genital Contact <input type="checkbox"/> Digital-Genital Contact <input type="checkbox"/> Digital-Anal Contact <input type="checkbox"/> Fondling of Breasts <input type="checkbox"/> Fondling of Genitalia <input type="checkbox"/> Oral-Genital Contact <input type="checkbox"/> Oral-Genital Contact (Perpetrator to Victim) (Victim to Perpetrator) <input type="checkbox"/> Masturbation <input type="checkbox"/> Other Sexual Deviant Behavior Ejaculation: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Condom used: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Lubrication: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Since the assault/abuse patient has: Douched: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Defecated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Urinated: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Vomited: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Changed clothes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Bathed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Had food/drink <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Brushed teeth <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know At the time of the assault was: Patient menstruating <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know Tampon present <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't Know	Consensual sexual activity within 72 hours: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Positive DNA found: Clothing: <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other (Item: _____) Oral swab: <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Anal swab: <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Vaginal/urethral <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Cervical <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Dried Stains <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other (Location: _____) Fingernails <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Pubic hair <input type="checkbox"/> Victim <input type="checkbox"/> Perpetrator <input type="checkbox"/> Other Ano-Genital exam: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Describe finding _____) Positive STD results: GC culture <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> vaginal/urethral <input type="checkbox"/> cervical Chlamydia culture <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> vaginal/urethral <input type="checkbox"/> cervical Urine DNA amp <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> Chlamydia HIV _____ RPR _____ Hep B surface antigen _____ Urine HCG _____

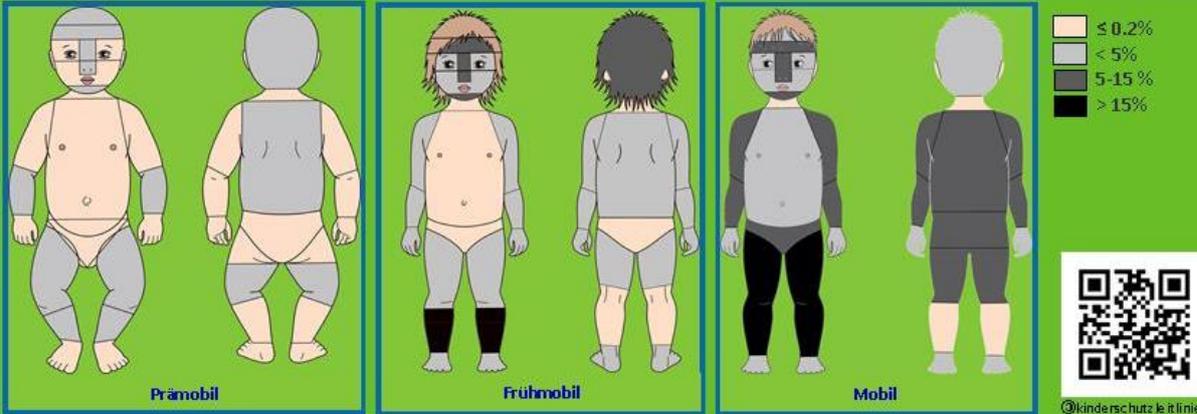
Anhang 3 Kitteltaschenkarte Hämatome







Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren



Achtung! Jedes **geformte Hämatom** ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- nur 1 von 10 Säuglingen hat ein Hämatom (**prämobile Kinder**)
- 8 von 10 Kindern < 18 Monaten haben ein Hämatom (**frühmobile Kinder**)
- jedes Kind, das laufen kann, hat 1 bis 3 Hämatome, **davon 80% an den Schienbeinen (mobile Kinder)**

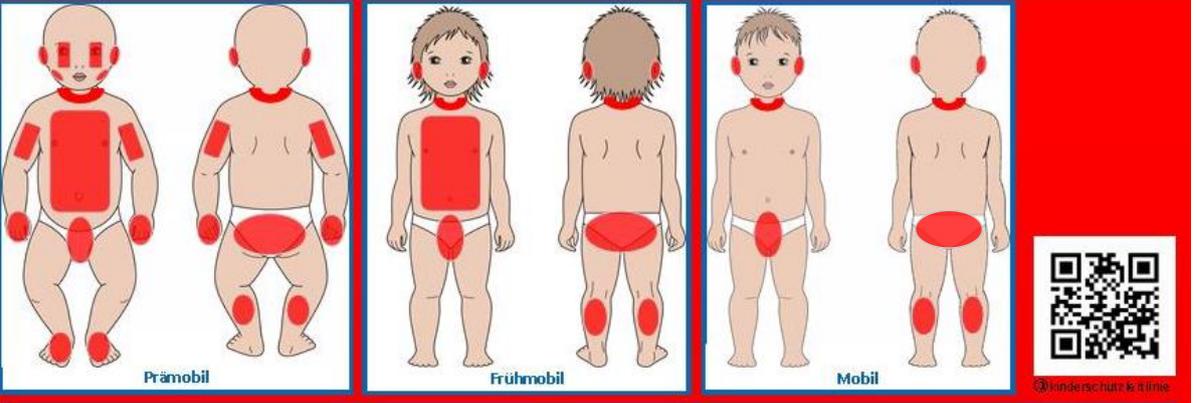
Prozentuale Verteilung von 2570 Erfassungen von 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3523 Hämatome (siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307130).







Hotspots für körperliche Misshandlung



Achtung! Jedes **geformte Hämatom** ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- bei einem Säugling, der sich nicht bewegt, ist **jedes Hämatom** auffällig
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich der **Genitalien** zu viel
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Ohres**, des **Halses**, des **Nackens**, der **Waden** und des gesamten vorderen **Thorax** und **Abdomen** zu viel und verdächtig, wenn nicht eine passende Anamnese **erhoben** werden kann
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Po**s sehr selten
- misshandelte Kinder haben durchschnittlich **3 und mehr Hämatome** an mehr als einer Region

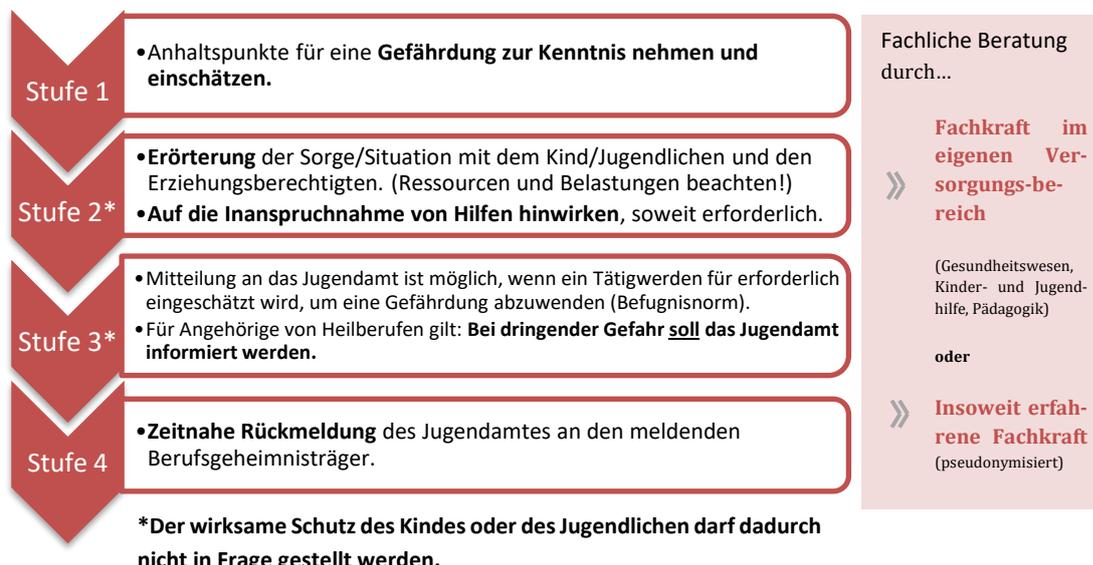
Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n=519 Kindern (siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2014; 99:108-113. doi:10.1136/archdischild-2013-304339) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (siehe Durston FD, Z E Guillea, K Kottos, A M Kemp, J R Sibert Arch Dis Child 2002; 86:330-333).

Anhang 4 Kitteltaschenkarte für §4 KKG

§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger (Änderungen ab 10.06.2021)

- (1) Werden [...] [Geheimnisträgern] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit **gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder 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.
- (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**.
- (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.**
(*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)
- (4) Wird das **Jugendamt** von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine **Rückmeldung** geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- (6) Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz kann **Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln.**

Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung



Tab. 10 Übersicht einiger Instrumente, die zur Erkennung von Anzeichen für eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinzugezogen werden können

Interview/Selbstbeurteilungsfragebogen: Conflict Tactics Scale (CTS) & CTSPC (parent-child version)						
	Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Empfehlung zur Anwendung
CTS	Retrospektiv Quantifiziert das Ausmaß des Konflikts in der Familie.	Eltern, Kinder (ab 12 Jahren)*	Selbstbeurteilung durch die Eltern oder Interview der Eltern (z.B. telefonisch durchgeführt)	Beide Partner werden zu 19 Items befragt, d.h., insgesamt 38 Items werden ausgewertet. Skalen: 1. Urteilkraft (3 Items), 2. Verbale Aggression (7 Items), 3. Physischer Angriff (9 Items)	Schlechte bis fragwürdige interne Konsistenz Schlechte Test-Retest-Reliabilität Sensitivität 31.6% Spezifität 95.1%	✓ Misst Gewalt in der Familie (Kann ein Teilaspekt einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung sein). ≠ Keine ausreichenden Gütekriterien.
CTSPC	Retrospektiv Misst die körperliche und psychische Misshandlung und Vernachlässigung durch Eltern sowie gewaltfreies Disziplinieren.	Kinder, Jugendliche	selbstständiges Ausfüllen (Jugendliche), persönliches Interview oder Telefoninterview	22 Items + 14 Fragen einer ergänzenden Skala Ergänzungsskala zu Vernachlässigung und ergänzende Fragen zu Körperstrafen und sexuellem Missbrauch	Schlechte ($\alpha = -0.02$) bis moderate ($\alpha = 0.70$) Reliabilität.	✓ Misst emotionale & körperliche Misshandlung sowie sexuellen Missbrauch. ≠ Deutsche validierte Version der CTSPC liegt unseres Wissens nicht vor.
Quellen: Tonmyr et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. <i>Child Abuse & Neglect</i> 35, 767–782. CTS: Straus, A. M. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. <i>Journal of Marriage and the Family</i> . 41 (1): 75–88. CTSPC: Straus, A. M. et al. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. <i>Child Abuse & Neglect</i> , Vol. 22, No. 4, 249–270. Straus, A. M. 2005. Reflections on Measuring Intrafamily Conflict and Violence. 195–197, in <i>Violence Against Women: Classic Papers</i> , edited by Bergen, Edleson & Renzetti. Boston: Pearson Education Inc. Egle, U. T. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4., erweiterte u. überarbeitete Aufl. 2016. 879 Seiten, 55 Abb., 70 Tab., geb. * Kinder wurden in der folgenden Studie erstmals inkludiert: Kolko et al. (1996). Children's perspectives in the assessment of family violence: Psychometric characteristics and comparison to parent reports. <i>Child Maltreatment</i> , 1(2), 156–167.						
Interview: Mother-Child Neglect Scale (MCNS)						
	Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung
	Retrospektiv Bewertung der mütterlichen Selbsteinschätzung über vernachlässigendes Verhalten gegenüber ihren Kindern im Alter von 8 Jahren.	Eltern von Kindern, die bis zu 8 Jahre alt sind.	Mutter	20 Items Skala der emotionalen Bedürfnisse: 4-Punkte-Skala (Stimme voll und ganz zu/stimme überhaupt nicht zu)	Gute interne Konsistenz; schlechte Test-Retest-Reliabilität. Reliabel bei Aussagen der Mutter über Ereignisse, die bis zu sieben Jahren zurückliegen.	~ Für die Erkennung einer akuten emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung nicht geeignet, dies ist eine retrospektive Messung von zurückliegendem vernachlässigendem Verhalten der Mutter. ≠ Die Entwickler warnen deutlich vor der Anwendung in klinischen oder Kinderschutz-Settings, bevor mehr Forschungsergebnisse dies rechtfertigen (Lounds et al. 2004).
Quellen: Tonmyr et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. <i>Child Abuse & Neglect</i> 35, 767–782. Lounds, Borkowski & Whitman (2004). Reliability and validity of the Mother-Child Neglect Scale. <i>Child Maltreatment</i> , 9(4), 371–381.						
Interview: Multidimensional Neglectful Behavioural Scale Child Report (MNBS-CR)						
	Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung

Vernachlässigende elterliche Verhaltensweisen, die mit Verhaltensweisen einer angemessenen Erziehung nicht übereinstimmen, aber nicht in den Bereich des Kinderschutzes fallen, bis zu Handlungen von extremer Schwere, die wahrscheinlich als kriminell angesehen werden, wie zum Beispiel Verlassenwerden/fahrlässige Missachtung der Aufsichtspflicht.	Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 15 Jahren	Kinder	52 Items 4 Skalenbereiche für Vernachlässigung: Kognitiv (z. B. Eltern sprechen nicht viel mit Kind); Emotional (z. B. Elternteil tröstet Kind nicht); Physisch (z. B. Kind ist für das Wetter unpassend gekleidet); Supervision (z. B. Eltern wissen nicht, wo das Kind spielt). 4-Punkte-Skala (ein bisschen wie du/wirklich sehr wie du)	Interne Konsistenz: Schlecht für 6- bis 9-Jährige. Akzeptabel/Gut für 10- bis 15-Jährige.	✓ Instrument misst vernachlässigendes Verhalten der Eltern. ≠ Mangelnde Informationen zu den Gütekriterien. Ausreichende interne Konsistenz nur für die Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen. ≠ Deutsche validierte Version der MNBS-CR liegt unseres Wissens nicht vor.
---	---	--------	---	---	--

Quellen:

Tonmyr et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect* 35, 767–782.

Kaufman Kantor, Holt, Mebert, Straus, Drach, Ricci, MacAllum & Brown (2004). Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment*, 9(5), 409–428.

Selbstbeurteilungsfragebogen: Psychological Violent Parental Practices Inventory (PVPPPI)

Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiierter Quellen	Anmerkung
Messung der psychologischen Misshandlung/Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen in der Familiensituation. Messung der Häufigkeit psychologisch gewalttätiger elterlicher Praktiken aus Jugendperspektive.	Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren	Kind/Jugendlicher	32 Items Skalen: Übermäßige Härte (22 Items) und elterliche Desorganisation (10 Items), 6 Füllfragen. 4-Punkte-Likert-Skala: 0 = nie passiert; 1 = ein oder zweimal passiert; 2 = geschah mehr als zweimal, aber nicht regelmäßig; 3 = regelmäßig, mehrmals im Monat.	Interne Konsistenz (für den Bereich Übermäßige Härte): Gut.	✓ Misst Gewalt in der Familie (kann ein Teilaspekt einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung sein). ≠ Gütekriterien nicht ausreichend für eine gerechtfertigte Anwendung.

Quellen:

Tonmyr et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect* 35, 767–782.

Gagné, M.-H., Lavoie, F. & Fortin, A. (2003). Élaboration de l'Inventaire des conduites parentales psychologiquement violentes (ICPPV). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(4), 268–280.

Gagné, M.-H., Pouliot-Lapointe, J. & St-Louis, M.-P. (2007). Psychologically violent parental practices inventory (PVPPPI) English translation. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1), 71–81.

Selbstbeurteilungsfragebogen: Child Abuse and Trauma Scale (CAT/CATS)

Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiierter Quellen	Anmerkung
Retrospektiv Messung von subjektiven Erinnerungen und Perspektiven von Jugendlichen und Erwachsenen in Bezug auf Kindeswohlgefährdung, die sie als Kinder und Jugendliche erlitten haben.	Jugendliche/Erwachsene	Jugendliche/Erwachsene	38-Item-Selbstbeurteilungsfragebogen 5-Punkte-Skala: nie bis immer Emotionale Misshandlung/Vernachlässigung: 7 Items Weitere Themen: Sexueller Missbrauch, Bestrafung, negative Umgebung. Bei jedem Punkt bewerten die Teilnehmer, wie oft sie eine bestimmte Erfahrung während ihrer Kindheit und Jugend erlebten.	Die gesamte CATS-Skala hat eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's Alpha = .90). Die neue Subskala (emotionale Misshandlung/Vernachlässigung) hat eine hohe interne Konsistenz (Alpha = .88).	✓ Ab dem Jugendalter misst die Skala u.a. auch emotionale Vernachlässigung/Misshandlung. ≠ retrospektive Messung, daher nicht geeignet, um akute Gefährdung im Kindesalter einzuschätzen.

Quellen:

Tonmyr et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect* 35, 767–782.

Kent, A. & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 22 (5), 393–399.

Sanders, B. & Becker-Laussen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19, 315–323.

Selbstbeurteilungsfragebogen: Child Behavior Check List (CBCL) für Vorschul- (1½-5) und Schulkinder (6-18)

Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiierter Quellen	Anmerkung
Messung von Verhaltensstörungen bei Kindern	Der CBCL 1½-5 eignet sich für 1½- bis 5-jährige Vorschulkinder	Eltern (Dauer des Ausfüllens: 10-15 Min.)	99 standardisierte Merkmale, 1 frei zu formulierendes Merkmal 7 Syndrom-Skalen: 5 DSM-orientierte Symptomskalen und eine Kategorie „Other Problems“	Die CBCL 1½-5 weist eine gute Anwendbarkeit auf. Es zeigte sich, dass die Kriterien der Testkonstruktion erfüllt sind und die Umsetzung in die deutsche Version zu	≠ In der Literatur findet die CBCL in Bezug auf Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung keine Erwähnung

			Vorschulalter (CBCL/1½-5): DSM-orientierte Skalen umfassen Elemente, die von Experten aus vielen Kulturen als sehr übereinstimmend mit DSM-5-Kategorien erkannt wurden. Depressive Probleme; Angstprobleme; Autismus-Spektrum-Probleme; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Probleme; oppositionelles Trotzverhalten.	keinerlei Anpassungsschwierigkeiten in der Durchführbarkeit führt. Der Bogen ist so klar und einfach gestaltet, dass Personen unabhängig von Herkunft, Sozialstatus und Intelligenzniveau in der Lage sind, eine Beurteilung vorzunehmen.	√ Verhaltensstörungen bei Kindern, die ein Proxy für eine emotionale Misshandlung und/oder Vernachlässigung sein können, werden gemessen.
	CBCL/6-18 eignet sich für Schulkinder von 6 bis 18 Jahren	Jemand, der das Kind gut kennt (gewöhnlich Eltern oder enger Sorgeberechtigter/Betreuer)	117 standardisierte Merkmale, 1 frei zu formulierendes Merkmal Schulalter (CBCL/6-18): DSM-orientierte Skalen umfassen Elemente, die von Experten als sehr übereinstimmend mit DSM-5-Kategorien identifiziert wurden. Die sechs DSM-orientierten Skalen sind: Depressive Probleme; Angstprobleme; Somatische Probleme; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Probleme; oppositionelles Trotzverhalten; Verhaltensprobleme.	Akzeptable und gute interne Konsistenz für den Gesamtwert ($\alpha \geq .93$), die Skalen zweiter Ordnung (internale Probleme: $\alpha \geq .82$; externale Probleme: $\alpha \geq .88$) sowie wenige Skalen erster Ordnung (aggressives Verhalten: $.84 \leq \alpha \leq .95$). Die internen Konsistenzen der Kompetenzskalen sind mangelhaft. Die Autoren raten entsprechend zu einer vorsichtigen Interpretation einzelner Problemskalen (z.B. Skalen zu depressiven Symptomen oder körperlichen Beschwerden). Retestreliabilitätswerte und Angaben zur Stabilität fehlen.	≠ In der Literatur findet die CBCL in Bezug auf Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung keine Erwähnung. ≠ Fragwürdige Gütekriterien √ Verhaltensstörungen bei Kindern, die ein Proxy für eine emotionale Misshandlung und/oder Vernachlässigung sein können, werden gemessen.

Quelle:

Dormann, V. C. (2015). Dissertation Altersgerechte Adaptation des Psychopathologischen Befundes der Basisdokumentation an das Säuglings- und Kleinkindalter in den Störungsbereichen der Interaktion, des Verhaltens und der Sprache. Deutsche Fassung: <https://www.testzentrale.de/shop/child-behavior-checklist-1-5-deutsche-fassung.html>
Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000): CBCL 1½-5 und C-TRF Profiles, Burlington, VT, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Fragebogen: Childhood Level of Living Scale (CLLS)

Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung
Quantifiziert die Qualität der körperlichen und emotionalen/kognitiven Versorgung/Beaufsichtigung von Kleinkindern. Spezifisch zur Messung vernachlässigender Versorgung. Unterscheidet zwischen nachlässiger Versorgung und qualitativ hochwertiger Betreuung von Kindern. Diese Skala ist nützlich, um Veränderungen der Versorgungsqualität im Zeitverlauf zu messen. Besonders nützlich bei der Beurteilung, wie chronisch und schwer Versorgungs-Defizite sind.	Kinder zwischen vier und sieben Jahren	Ein Sachbearbeiter oder jemand anderes, der mit dem Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind/den Kindern vertraut ist.	99 Items, die eine Ja/Nein-Antwort erfordern, die das Vorhandensein oder Fehlen des Verhaltens des Elternteils gegenüber dem Kind anzeigt. 9 Faktoren werden bewertet. 5 beschreiben körperliche Versorgung: Essensplanung, Schlafarrangements, Kleidung, Sauberkeit, Überwachung und Aufbewahrung von Medikamenten. 4 beschreiben emotionale/kognitive Versorgung (wie Unterstützung und Zuneigung). Nach Abschluss der Skala ergibt sich eine Gesamtpunktzahl zwischen 1 und 99. Je höher die Punktzahl, desto besser die Qualität der Kinderbetreuung. Separate Ergebnisse können für die physische Versorgung, emotionale/kognitive Versorgung und neun weitere Subskalen berechnet werden.	Gut etablierte Validität und Zuverlässigkeit der Skala.	√ Misst körperliche und emotionale/kognitive Erziehung des Kindes. Spürt Defizite der Erziehung auf.

Quelle:

Gershater-Molko, R. M.; Lutzker, J. R.; Sherman, J. A. (2003): Assessing child neglect. In: Aggression and Violent Behavior 8 (6), 563–585. DOI: 10.1016/j.avb.2000.04.001.
Hally, C., Polansky, N. F. & Polansky, N. A. (1980). Child neglect: Mobilizing services (DHHS Publication No. OHDS 80-30257). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Screeningbogen: The Hague protocol					
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung
Erkennung einer Kindeswohlgefährdung.	Erwachsene	Fachleute, die in Notfallabteilungen arbeiten.	<p>Erwachsene, die nach Gewalt in der Partnerschaft, Drogenmissbrauch oder einem Suizidversuch in die Notaufnahme des Krankenhauses kommen, werden gefragt, ob sie für die Betreuung von Kindern unter 18 Jahren verantwortlich sind.</p> <p>Bei Bejahung der Frage wird einer möglichen Kindeswohlgefährdung nachgegangen.</p>	<p>The Hague protocol has been evaluated and was found to have a high rate of child maltreatment detection (positive predictive value of 0.91) & greatly increases the initiation of support for the families involved.</p> <p>Das Haager Protokoll wurde evaluiert und festgestellt, dass es eine hohe Rate an Kindeswohlgefährdungen aufweist (positiver Vorhersagewert von 0,91) und die Unterstützung für die beteiligten Familien stark erhöht wird.</p>	<p>✓ Misst elterliche Risikofaktoren, die auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung schließen lassen.</p> <p>≠ Erkennt nicht die Gefährdung des Kindes, sondern elterliche Risiken, denen das Kind ausgesetzt ist und aufgrund welcher es gefährdet sein könnte.</p>
<p>Quelle: Hoytema van Konijnenburg, E. M. M. et al. (2015). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. Child Abuse & Neglect, http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.012.</p>					

Tab. 11 Frage- und Screeninginstrumente zur Erkennung einer Belastung bei der Mutter oder in der Familie

Übersicht einiger Screeninginstrumente der inkludierten Studien			
Screeninginstrument	Ziel	Deutsche Version verfügbar	Sensitivität, Spezifität
AAS: Abuse Assessment Scale	die Erkennung von Missbrauch/Misshandlung während der Schwangerschaft	AAS wurde bisher in Deutschland noch nicht validiert. ¹²	Sensitivität: 93%–94%, Spezifität: 55%–99% ¹³
Adult Adolescent Parenting Inventory	inventory designed to assess the parenting and child rearing attitudes of adolescents and adult parent	Es wurden keine Informationen gefunden.	Es wurden keine Informationen gefunden.
ALPHA: Antenatal Psychosocial Health Assessment	die Identifizierung vorgeburtlicher psychosozialer Risikofaktoren	Es wurden keine Informationen gefunden.	Trotz der nachgewiesenen Realisierbarkeit in verschiedenen kulturellen Kontexten sind die Spezifität, Sensitivität positiv und ist ein negativ prädiktiver Wert nicht beurteilt worden. ¹⁴
BABYLOTSE PLUS-Screeningbogen	die Einschätzung des Gesamtrisikos für eine mögliche Kindeswohlgefährdung	Ja, basierend auf dem Hamburger Babylotse-Projekt.	Sensitivität: 99%, Spezifität: 33% ¹⁵
Child Abuse Potential Inventory	Detektion von Kindesmisshandlung	Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung Deutsche Form des Child Abuse Potential Inventory (CAPI) von Joel S. Milner kostenpflichtig zugänglich	Sensitivität: 93% Spezifität: 93% *Englische Version ¹⁶
CTS2: Conflict Tactics Scale2	Retrospektive Messung: welche Taktiken (Schreien, Schubsen, Schlagen usw.) werden zur Austragung von Konflikten angewendet (im Laufe des letzten Jahres)	Ja, kostenpflichtig zugänglich	Es wurden keine Informationen gefunden.
EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale	Erkennung von Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt	Die deutsche Version ist über die Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. erhältlich.	Sensitivität: 86%, Spezifität: 78% ¹⁷
Kempe Family Stress Inventory	Misst ein elterliches Risiko, das Kind einer Kindeswohlgefährdung auszusetzen, und/oder Versorgungsschwierigkeiten der Eltern	Es wurden keine Informationen gefunden.	Sensitivität: 80 – 97% Spezifität: 21 – 89% Positiver Prädiktivwert: 3 – 52% Negativer Prädiktivwert: 85 – 99.7% *Englische Version, für Werte > 25 ¹⁸
New baby Questionnaire	Misst Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung und andere negative Familien- oder Kind-Endpunkte	Es wurden keine Informationen gefunden.	Es wurden keine Informationen gefunden.
Parent-Child Activities Scale	Häufigkeit einer positiven Eltern-Kind-Interaktion	Es wurden keine Informationen gefunden.	Es wurden keine Informationen gefunden.

¹² Stöckl et al. 2013: Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study.

¹³ Rabin et al. 2009: Intimate Partner Violence Screening Tools A Systematic Review.

¹⁴ Johnson et al. 2012: Measuring perinatal mental health risk.

¹⁵ Fisch et al. 2016: Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens – Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité.

¹⁶ Ondersma et al. 2005: A brief form of the child abuse potential inventory: development and validation.

¹⁷ Cox et al. 1987: Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.

¹⁸ Korfmacher 2000: The Kempe Family Stress Inventory: A review.

Parenting Stress Index	Identifizierung der Eltern-Kind-Beziehung, Funktionieren der Familie & Fähigkeiten der Eltern und Messung eines Risikos für Kindeswohlgefährdung	Eltern-Belastungs-Inventar Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin kostenpflichtig zugänglich	Es wurden keine Informationen gefunden.
Parenting Screening Questionnaire	Identifizierung von Risikofaktoren	Es wurden keine Informationen gefunden.	Gesamter Fragebogen nicht ausgewertet für Spezifität oder Sensitivität. Nur ein paar Fragen sind ausgewertet. Siehe 6, 7 & 17 für spezifische Details.
Public Health Questionnaire-2 (PHQ-2)	Depression	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-2)	Sensitivität: 62.3% Spezifität: 95.4% Positiver Prädiktivwert: 75% *Englische Version, für Werte ≥ 3 ¹⁹
Protective Factors Survey	Misst proaktive Faktoren in fünf Bereichen: Funktionieren der Familie/Resilienz, soziale Unterstützung, konkrete Unterstützung, Pflege und Bindung und Wissen über kindliche Entwicklung	Es wurden keine Informationen gefunden.	Es wurden keine Informationen gefunden.
WEB scale: Women's Experience in battering scale	Erkennung einer Misshandlung der Mutter	Es wurden keine Informationen gefunden.	Sensitivität: 86%, Spezifität: 91% ²⁰

Erstveröffentlichung:

02/2019

Nächste Überprüfung geplant:

01/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

¹⁹ Kroenke et al. 2003: The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener.

²⁰ Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective, herausgegeben von Mitchell & Anglin.