

Kinderschutz LEITLINIE AWMF S3(+) Leitlinie

Kindesmisshandlung, - missbrauch, -
vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe
und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)



WIDMUNG

Die Leitlinie ist allen Kindern und Jugendlichen gewidmet.

Konsultationsphase

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 das geworden, was sie heute ist.

Konsultationsphase

Inhaltsverzeichnis

1 Information	3
1.1 Allgemeines	3
1.1.1 Herausgeber	4
1.1.2 Finanzierung der Leitlinie.....	4
1.1.3 Anmeldende und federführende Fachgesellschaften	4
1.1.4 Kontakt.....	5
1.1.5 Leitlinienversionen und ergänzende Dokumente	5
1.1.6 Zitierweise der Langfassung.....	6
1.2 Verantwortlichkeiten	6
1.2.1 Autoren der Leitlinie	6
1.2.2 Methodische Begleitung	6
1.2.3 Eingebundene Fachgesellschaften und Organisationen	6
1.2.4 Steuerungsgruppe	10
1.2.5 Leitlinienbüro.....	11
2 Präambel	3
2.1 Information für Fachkräfte	3
Die gemeinsame Aufgabe	3
Rechtliche Grundlagen.....	3
2.2 Rechte von Kindern und Jugendlichen	7
Kinderrechte in der UN-Kinderrechtskonvention	7
Patientenrechte	9
2.3 Elternrechte und -pflichten.....	10
Erläuterung zur elterlichen Sorge	10
Wenn die elterliche Sorge nicht erfüllt wird	10
Vertretung von Kindern oder Jugendlichen	11
2.4 Wichtige Begriffe	12
2.4.1 Definition Kindeswohlgefährdung.....	12
2.4.2 Kontextfaktoren	13
2.4.3 Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung.....	15
2.5 Diversitätssensibilität.....	16
3 Einführung	18
3.1 Geltungsbereich und Zweck.....	18
3.1.1 Zielsetzung und Fragestellung	18
3.1.2 Adressaten oder für wen ist diese Leitlinie?	19

3.1.3	Verbreitung und Implementierung der Leitlinien	19
3.1.4	Finanzierung der Leitlinie und Darlegung möglicher Interessenskonflikte	19
3.1.5	Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	20
3.1.6	Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	20
3.2	Epidemiologie zu Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch in Deutschland	21
3.3	Grundlage der Methodik.....	24
3.3.1	Formulierung von Schlüsselfragen anhand von PICO-Fragen	24
3.3.2	Systematische Literaturrecherche und -bewertung	24
3.3.3	Formulierung der Handlungsempfehlungen und strukturierte Konsensfindung	24
3.4	„Was ist neu?“	25
3.5	Anwendung und Lesbarkeit der Leitlinie.....	27
3.5.1	Handlungsempfehlungen, Schlüsselempfehlungen und Symbole	27
3.5.2	Verzeichnis für Abbildungen und Tabellen	29
3.5.3	Definitionen	30
3.5.4	Abkürzungsverzeichnis.....	40
4	Konsentiertere und abgestimmte Empfehlungen für den medizinischen Kinderschutz.....	45
4.1	Partizipation von Kindern und Jugendlichen.....	45
4.2	Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz	49
4.2.2	Informationsaustausch und Meldungen an das Jugendamt zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung	51
4.2.3	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945)	52
4.3	Merkmale von Kindern und Jugendlichen oder Eltern und Personensorgeberechtigten zur Erkennung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten, bzw. zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung?	54
Teil A:	Merkmale von Kindern und Jugendlichen.....	56
4.3.1	Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen	57
4.3.2	Sind Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung#?	58
4.3.3	Vorgehen bei Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen?	59
4.3.4	Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung.....	61
4.3.5	Gibt es Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bei der zahnärztlichen Untersuchung?	65
4.3.6	Neonatales Drogenentzugssyndrom.....	67
Teil B	Merkmale von Eltern und Personensorgeberechtigten	70
4.3.7	Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen.....	71

4.3.8 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*	74
4.3.9 Kinder und Jugendliche suchbelasteter Eltern*	79
4.3.10 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme	81
4.4 Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung [#] anhand diagnostischer Methoden	82
Teil A Befragung von Kindern und Jugendlichen.....	83
4.4.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen - Forensisches Interview	83
Teil B Medizinische Diagnostik.....	88
4.4.2 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung.....	88
4.4.3 Hämatome und thermische Verletzungen.....	92
4.4.4 Bildgebende Diagnostik und nichtakzidentelle Verletzungen	100
4.4.5 Untersuchung der Augen.....	113
4.4.6 Differentialdiagnosen.....	116
4.4.7 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch.....	120
4.5 Geschwisterkinder	129
4.6 Intervention für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung.....	131
5 Ausblick.....	133
5.1 Gültigkeit und Update.....	133
5.2 Forschungsbedarf	133
Danksagung.....	134
Referenzen.....	135
Anhang.....	151

Konsultationsphase

1 Information

1.1 Allgemeines

Kindeswohl und Kinderschutz kann mit Bekanntwerden der Schwangerschaft beginnen und endet 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 79 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesbeauftragten und Bundesministerien aus den Bereichen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik die S3(+) Leitlinie zur Detektion, Diagnostik und Schutz vor einer Kindeswohlgefährdung 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 23 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
INFORMATIONSAUSTAUSCH BEI PSYCHISCHER BELASTUNG DER MUTTER
KINDERVORSORGEUNTERSUCHUNG
KOOPERATION
MELDEPFLICHT UND INFORMATIONSAUSTAUSCH
NEONATALES DROGENENTZUGSSYNDROM
OPS 1-945
PARTIZIPATION
SCREENINGVERFAHREN
SEXUELLER MISSBRAUCH
SUCHTBELASTETE ELTERN
THERAPIE DER ELTERN
UNTERSUCHUNG DER AUGEN
ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Diese Themenbereiche der vorliegenden Kinderschutzleitlinie umfasst einen Großteil der Themen zu Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung, wobei die Fragestellungen nicht nur auf Grundlage der unmittelbaren klinischen Relevanz entwickelt wurde. Dies war zu Beginn eine bewusste Ent-

scheidung, um vor allem dem multiprofessionelle 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 prozessual orientierten Leitlinienentwicklung. So wurden reale Fälle aus der Praxis der unterschiedlichen Versorgungsbereiche Grundlage für Entwicklung von Fallvignetten und Fragestellungen für die evidenzbasierte Literaturrecherche. (siehe Kapitle 3.3).

Neben der Kurz- und Langfassung, wurde eine Leitlinienversion für Kinder und Jugendliche und für Sozialarbeitende und Pädagoginnen/en entwickelt. Die systematische Erstellung der Leitlinie und die zugrundeliegende Methodik sind im 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 und basiert auf der Empfehlung im Abschlussbericht des Runden Tisches der Kanzlerin zum sex. Missbrauch, beschlossen durch die Bundesregierung am 30.11.2011.

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 einem Self-Check-Fragebogen, bietet die APP eine Auflistung potentieller bundesweit tätiger Ansprechpartner, an die sich Kinder oder Jugendliche mit ihren Sorgen wenden können.

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

Alle Dokumente zur Leitlinie sind über die folgenden Internetseiten zugänglich:

- Bundesministerium für Gesundheit (wird nach dem Verabschiedungsprozess angefragt)
- Kinderschutzleitlinie
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
- pilani - kinder schützen
- 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, 2018, AWMF-Registernummer: 027 – 069 (Bei Veröffentlichung wird dies mit dem entsprechenden LINK ergänzt.)

1.2 Verantwortlichkeiten

1.2.1 Autoren der Leitlinie

Die Autoren sind alphabetischer Reihenfolge dargestellt: Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kurylowicz, 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 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	Mandatsträger/Vertreter (Ehemalige)
AFET Bundesverband für Erziehungshilfe e. V.	Rainer Kröger/ Dr. Koralia Sekler
Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e.V.	Prof. Dr. Karin Böllert/ Angela Smessaert
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.	Dr. Birgit Delisle
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Prof. Dr. Ina Kopp ^{1,2} (Dr. Cathleen Muche-Borowski ^{2 *})
Berufsverband der Frauenärzte e.V.	Markus Haist/ Dr. med. Thomas Bärtling
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.	Dr. med. Burkhard Lawrenz
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V.	Dipl. Soz. Päd. A. Matthias Fink
Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.	(Dr. med. Reinhard Martens) Dr. Daniela Thron-Kämmerer
Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.	Silke Seiffert

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.	Jessika Kuehn-Velten/ Arthur Kröhnert
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter	Birgit Zeller*
Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Prof. Dr. med. Michael Kölch
Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V.	Silke Naudiet/ Jörg Hermann
Bundespsychotherapeutenkammer	Peter Lehndorfer ¹ / Dr. Johannes Klein-Heßling ¹
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.	Dr. Gabriele Trost-Brinkhues/ Dr. Michael Schäfer
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Päd. Ariadne Sartorius/ Dipl.-Päd. Helga Planz
Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter	Dr. Maria-Elisabeth Ahle/ Sarah Blank
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.	Prof. Dr. Raimund Geene
Deutsche Bischofskonferenz	Thomas Vortkamp/ Sylke Schruff
Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V.	PD Dr. med. Hagen Ott
Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie e.V.	Dr. med. Ralf Moebus/ Dr. med. Ulrike Gitmans
Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft e.V.	Prof. Dr. Petra Bauer
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	Dr. med. Anne Mondal/ Dr. med. Bettina Burghardt
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.	Elke Mattern/ Prof. Dr. Ute Lange
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.	Dr. med. Sylvester von Bismarck/ Frauke Schwier ¹
Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.	Dipl. med. Hendrik Karpinski (Dr. med. Ingo Franke [†] , Prof. Dr. Meinolf Noeker ¹)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	Dr. Bernd Herrmann ¹
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert/ PD Dr. Paul Plener ¹
Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde e.V.	Dr. Reinhard Schilke/ Dr. Katharina Bücher
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie e.V.	Prof. Dr. Dr. Rudolf Reich/ Caroline Galon
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V.	PD Dr. Martina Messing-Jünger
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung e.V.	Dr. Anette Frenzke-Kulbach*/ Dr. Peter Mosser
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Dr. med. Julia Schellong/ Prof. Dr. med. Anette Kersting
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.	Dr. rer. nat. Dipl. psych. Antje Bittner/ PD Dr. med. Friederike Sieden-

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	topf
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V.	PD Dr. med. Martina Rauchfuß*/ Dr. med. Constanze Raimer Dr. med. Sibylle Banaschak ¹ / PD Dr. med. Elisabeth Mützel
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	Prof. Dr. med. Peer Briken/ Dr. Lisa Rustige
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.	Prof. Dr. Barbara Thiessen/ Prof. Dr. Michaela Köttig
Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	Prof. Dr. Ute Thyen ¹ / Dr. Andreas Oberle
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	Prof. Dr. med. Rainer Thomasius/ PD Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.	Prof. Dr. Michael Klein*
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Dr. Hedio von Essen/ Prof. Dr. Peter Schmittenebecher
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.	PD Dr. Sebastian Rogenhofer
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Prof. Dr. Michael Borg-Laufs/ Dipl. Psych. Rudi Merod (Wolfgang Schreck)
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. AK Psychologie u Psychosomatik	Dr. Jutta Margraf-Stiksrud
Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. Interdisziplinärer AK für Forensische Odonto-Stomatologie	Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig/ Dr. Dr. Claus Grundmann
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	Renate Walter-Hamann/ Kerstin Guderley Anja Röske
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.	Prof. Dr. med. Sabine Aisenbrey*
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.	Michael Trost/ Jürgen Freiberg
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Prof. Dr. jur. Julia Zinsmeister
Deutscher Behindertenrat	Christian Lohwasser/ Anette Plewka (Michael Leinenbach)
Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.	Frank Flake/ Thomas Semmel*
Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.	Prof. Dr. Gabriele Flößer */ Dr. Margarete Müller (Rebecca Frings-Helsing, Martina Huxoll von Ahn)
Deutscher Kinderschutzbund e.V. Landesverband NRW	Jörg Freese Ullrich Böttinger ¹
Deutsche Landkreistag	Gunda Gülker-Alsmeier
Deutscher Landkreistag Ortenaukreis	Karin Kretzschmar
Deutscher Landkreistag Landkreis Graftschaft Bentheim	Klaus Guido Ruffing
Deutscher Landkreistag Kreis Steinburg	Sandra Pohl
Deutscher Landkreistag - Saarpfalz Kreis	
Deutscher Landkreistag - Erzgebirgskreis	

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	Katharina Maria Röse, (Svenja Bergann*)
Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.	Janna Beckmann, Stephanie Götte Katharina Lohse ³ (Dr. Thomas Meysen, Lydia Schönecker)
Deutsches Jugendinstitut	Dr. Heinz Kindler/ Dr. Mike Seckinger
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	Dr. Marc Schmid/ Prim. Dr. Katharina Purtscher-Penz (Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Gold- beck†)
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	Ramazan Salman/ Ahmet Kimil
Gesamtverband für Suchthilfe e.V.	(Dr. Theo Wessel*) Corinna Mäder-Linke/ (Knut Kiepe)
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.	Dr. med. Mark Born ¹ / Prof. Dr. med. Brigitte Stöver
Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz	Dipl. Päd. Ursula Teupe/ Dipl. Päd. Elisabeth Schmutz
Nationales Zentrum Frühe Hilfen	Mechthild Paul ¹ / Christine Gerber
Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes Kri- minaldirektor	Polizeiobererrat Joachim Schneider/ Dipl. Päd. Monika Johna (Andreas Mayer/ Viktoria Jerke)
Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland	Angelika Wolff
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen Psychothera- peuten in Deutschland e.V. gegr. 1953	Dr. med. Dietmar Borowski/ Dr. phil. Franz Jan Timmermann
Weisser Ring e. V.	(Prof. Dr. Günther Deegener†) Bernd Holthusen

Name der beratenden Bundesministerien, Bundesbeauftragten und Betroffenenvertreter

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	Dr. Sarah Eickelmann ² / Ministerialrätin Dr. Daniela Goerd- eler ² (Richterin Andrea Böke ^{2*})
Bundesministerium für Gesundheit	Dr. Thomas Stracke ² / Simone Strecker ²
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Almut Hornschild-Rentsch ² / Madeleine Schrade ²
Unabhängiger Beauftragter der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	Dr. Heike Völger ² / Julia Hiller ²

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD	(Sonja Howard*,
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	Dr. Manuela Stötzel ² ,
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit	Agnes Sander ²)
Betroffenenrat beim UBSKM	Dr. Christian Böhm ^{1,2}
	Bertram Raum ^{1,2*} /
	Anneliese Egginger ^{2*}
	Isabella von der Decken ²
	Alex Stern
	(eine weitere Betroffenenvertretung (namentlich dem Leitlinienbüro bekannt),
	Kristina Holler, ab 2016 beratende Funktion ohne Mandat ^{1,2})

¹ Mitglied der Steuerungsgruppe

² beratende Funktion: Mandatierte/r einer Fachgesellschaft oder Organisation, die kein Stimmrecht in der formalen Konsensfindung hat

³ nur für Teilnahme an der Konsensuskonferenz mandatiert

*keine IKE bis zum 07.10.2018 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.

Ehemalige Mandatierte sind durch Klammern () eingefasst

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, 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

Mitarbeitende 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
Michelle Rohde	Diplom-Psychologin, Universitätskinderklinik Bonn	seit Aug. 2018
Frauke Schwier	Fachärztin für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden	seit Feb. 2017

2 Präambel

2.1 Information für Fachkräfte

Die gemeinsame Aufgabe

Kindeswohl und –gesundheit zu fördern und sicherzustellen ist die Aufgabe aller Bereiche, die Kinder und Jugendliche. Dazu gehört auch eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen zu erkennen, sowie bei der Abwendung einer Gefahr von Kindern und Jugendlichen zu helfen. Um dies umsetzen zu können, ist es wichtig zu wissen, dass die Versorgungsbereiche unterschiedliche Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Leistungen umfassen. Aufgaben und Kompetenzen werden durch unterschiedliche Gesetze formuliert und legitimiert.

Daraus ergeben sich für Fachkräfte u.a. Unterschiede in der:

- Einschätzung von Kindeswohl und –gefährdung
- Vorgehensweise
 - Kindzentriertes oder familienorientiertes Vorgehen
 - Akute, mittel- oder langfristige Perspektivklärung für Kinder und Jugendliche
 - Nutzung unterschiedlicher Richtlinien, Erfahrungen, Empfehlungen,...
 - Qualitätsmanagement
- Sprachgebrauch
- Zuständig und Rollenverständnis: Fachkraft als
 - Vertrauter, Vermittler, Therapeut/in, Ermittler, Sachverständige/r, Zeuge, (Berufs-) Geheimnisträger/in, Inhaber/in des staatlichen Wächteramtes,...

Die Aufgabe kann nur gemeinsam gelingen. Für dieses Gelingen ist es wichtig, Kenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen der Fachkräfte anderer Versorgungsbereiche zu haben. Dies betrifft vor allem ihre rechtlichen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten als auch deren Leistungsangebote.

In der Tabelle 1 werden Grundlagen der Kooperation der Versorgungsbereiche Medizin und Jugendhilfe dargestellt.

Rechtliche Grundlagen

Das Bundeskinderschutzgesetz ist die rechtliche Grundlage für Fachkräfte im Kinderschutz.

Das Bundeskinderschutzgesetz ist ein Artikelgesetz, das sich in vier Artikel aufteilt und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist. Neuregelungen beinhalten das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und Neuregelungen innerhalb des Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII).



Ziel des BuKiSchG (§ 1 Abs. 1 KKG)

- Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen
- Förderung ihrer geistigen, körperlichen und seelischen Entwicklung

Inhalt

- Erörterungspflichten, Beratungsrecht und Offenbarungsbefugnis für Berufsheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG)
- Schaffung verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz auf Landesebene (§ 3 KKG)

Wer: (Berufs-)Geheimnisträger nach § 4 Abs. 1 KKG

1. Ärztinnen oder Ärzte, Hebammen oder Entbindungspfleger oder Angehörige 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

Gestuftes Vorgehen der Berufsgeheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG

§ 4 Abs. 1 KKG: Erörterungs- und Hinwirkungspflicht zur Inanspruchnahme von Hilfen mit Kind/Jugendlichem sowie Personensorgeberechtigten

§ 4 Abs. 2 KKG: Beratungsrecht zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Jugendamt (durch erfahrene Fachkraft)

§ 4 Abs. 3: Meldebefugnis an Jugendamt in Durchbrechung der gesetzlichen Verschwiegenheitsverpflichtungen

Voraussetzungen

Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen liegen vor oder sind im Rahmen der beruflichen Tätigkeit bekannt geworden.

Berufsgeheimnisträger/innen haben einen Beratungsanspruch zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung nach § 4 Abs. 2 KKG durch eine erfahrene Fachkraft der Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Den Berufsgeheimnisträgern/innen wird erlaubt, die zur Falldarstellung benötigten Informationen in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form zu übermitteln.

Handlungspflichten

Die Situation wird mit Kind/Jugendlichem und den Personensorgeberechtigten erörtert.

Soweit erforderlich: Es soll darauf hingewirkt werden, dass Personensorgeberechtigte freiwillig Hilfen in Anspruch nehmen. Auf Beratungs- und Hilfsangebote des Jugendamtes kann verwiesen werden.

Nur soweit: Ergibt die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung, dass hierdurch kein wirksamer Schutz des Kindes oder Jugendlichen erreicht werden kann, besteht nach § 4 Abs. 3 eine Meldebefugnis an das Jugendamt. Die Personensorgeberechtigten sollten darüber informiert werden.

Empfehlung: Vollständige Dokumentation der einzelnen Schritte und Einschätzungen.

Meldebefugnis an das Jugendamt

Meldung an Jugendamt wird zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung für erforderlich gehalten; Abwendung der Gefährdung durch Handlungen nach § 4 Abs. 1 KKG scheidet aus oder Hinwirken nach § 4 Abs. 1 KKG ist erfolglos geblieben;

Grundsätzliche Pflicht, die Betroffenen auf Meldung vorab hinzuweisen; Ausnahme: (-), wenn dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage gestellt wird.

- Keine Meldepflicht – „nur“ Befugnis in Durchbrechung der beruflichen Schweigepflicht;

- Meldepflicht „nur“ nach Vorgaben der §§ 138 und 139 Strafgesetzbuch (StGB).

Berufliche Schweigepflicht und Informationsaustausch mit anderen Fachkräften

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 Kinder 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 des/der 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 nach KKG möglich, die gewichtigen Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt zu melden.

Informationsaustausch mit anderen Fachkräften

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

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

Tabelle 1 Grundlagen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe (Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend)

	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 aber 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.), 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 Abs. 3 Nr. 3), was auch als „staatliches Wächteramt“ bezeichnet wird.
„Schutz-auftrag“	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schutz des Wohls von Kindern und Jugendlichen (BuKiSchG) 	<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 Abs. 2 KKG, § 8b Abs. 1 SGB VIII) ▪ Gewichtige Anhaltspunkte für KWG erkennen und dem Jugendamt mitteilen (wird im Einzelfall ermessen) (§ KKG BuKiSchG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ § 8a SGB VIII 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 BKiSchG) ▪ Beratung von Fachkräften (§ 4 Abs. 2 KKG BKiSchG, § 8b Abs. 1) ▪ Kooperation mit dem Familiengericht, wenn die Personensorgeberechtigten die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ablehnen (§ 1666 BGB Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls)

2.2 Rechte von Kindern und Jugendlichen

Kinderrechte in der UN-Kinderrechtskonvention

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 von allen Mitgliedsstaaten 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...**

1. das Recht auf einen Namen
2. das Recht auf Gesundheit
3. das Recht auf Bildung
4. das Recht auf Spiel und Freizeit
5. das Recht auf Information und Beteiligung
6. das Recht auf Schutz vor Gewalt und auf Privatsphäre
7. das Recht auf Eltern
8. das Recht auf Schutz vor Ausbeutung
9. das Recht auf Schutz im Krieg und auf der Flucht
10. das Recht auf 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 Fall von einwilligungsunfähigen Minderjährigen ist/sind stattdessen der/die Personensorgeberechtigten aufzuklären. In jedem Fall muss der/die einwilligungsunfähige Minderjährige zumindest aber miteinbezogen werden!

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 von und Gestalten einer entwicklungsgerechten und unterstützenden Umgebung

von Kindern und Jugendlichen gehört zu den häufigsten Formen der Kindesmisshandlung und bleibt doch oft unerkant (Stietenroth A, Nowotzin R & Oberle A, 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.

Konsultationsphase

Patientenrechte

Eine medizinische Untersuchung und Befunderhebung ist auch ohne eine anschließend erforderliche Behandlung mit einem körperlichen Eingriff verbunden, weshalb eine Einwilligung des/der Patient/in und der Personensorgeberechtigten zwingend erforderlich ist. Bei minderjährigen Patienten/innen stellt sich die Frage ist zusätzlich die Einwilligung der Personensorgeberechtigten notwendig.

Im Kontext von Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch können Uneinigkeiten zwischen einem/r minderjährigen Patienten/in und den Personensorgeberechtigten auftreten und einer Untersuchung wird abgelehnt. In Folge dessen gilt es den Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kindes oder Jugendlichen und dem Sorgerecht der Personensorgeberechtigten abzuwägen. Für die Abwägung sollte 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, unmittelbare und spätere Konsequenzen für jede Maßnahme alters- und entwicklungsgerecht dargelegt werden, damit Kinder und Jugendliche informiert zustimmen oder ablehnen können.

Kriterien für die Einwilligungsfähigkeit einer/s Minderjährigen 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 des/r Minderjährigen zu prüfen, sondern auch im Hinblick auf die konkrete medizinische Maßnahme.



Kriterien zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit für medizinische Maßnahmen

Die Fähigkeit,...

- 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, Katzenstein, Beckmann, Seltmann, & Meysen T, 2018)

2.3 Elternrechte und -pflichten

Erläuterung zur elterlichen Sorge

Die Rechte und Pflichten von Eltern ergeben sich aus Artikel 6 GG. Die Pflege und Erziehung sei das Recht und die den Eltern zuvörderst obliegende Pflicht. Die spezifischen Elternrechte und –pflichten als Personensorgeberechtigten 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 einem chirurgischen Eingriff die Einwilligung der Personensorgeberechtigten oder Bezugsperson.

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.

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 der Meinung der 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, sich an außenstehende Hilfsangebote wie zum Beispiel die des Jugendamts zu wenden. Können oder wollen die Eltern diese Gefahr jedoch nicht abwenden, dann ergreift der Staat in Form des Familiengerichts Maßnahmen, die zur Gefahrenabwehr notwendig sind. Die dem Familiengericht zur Verfügung stehenden Maßnahmen sind von unterschiedlicher Intensität und grundsätzlich nach dem Verhältnismäßigkeitsgrund-

satz abzuwägen. Ein teilweiser Eingriff in die elterliche Sorge bis hin zum völligen Entzug dieser gilt somit als Ultima Ratio.

Vertretung von Kindern oder Jugendlichen

In alltäglichen Angelegenheiten werden die Interessen der Kinder und Jugendlichen durch den/die Personensorgeberechtigten vertreten. Sind diese nicht in der Lage im Sinne des/der Minderjährigen zu handeln und ihn/sie zu schützen, kann ein Eingriff in die elterliche Sorge vorgenommen werden. 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 und in Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit ersetzt der Verfahrensbeistand 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 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 (§ 158 Abs. 5 FamFG). 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 (OLG Hamburg, 2017) Beschluss vom 2. Mai 2017, Az. 12 WF 70/17).

2.4 Wichtige Begriffe

2.4.1 Definition Kindeswohlgefährdung

Die Notwendigkeit einer eigenen Definition ergab sich aus der praktischen Gestaltung der Fallabfrage im Rahmen der Leitlinienerstellung. Medizinischer Kinderschutz befasst sich mit einer Kindeswohlgefährdung auf der Grundlage eines Ereignisses, das den Zugang ins Gesundheitssystem begründet hat oder das im Rahmen einer medizinischen Untersuchung oder Behandlung als auffällig wahrgenommen wurde. In Einzelfällen erfolgt eine gezielte Vorstellung beispielsweise in einer Kinderschutzambulanz durch die Jugendhilfe zur medizinisch Einschätzung eines Vorfalles im Rahmen eines Kinderschutzverfahrens. Dieser fokussierte Begriff der Kindeswohlgefährdung entspricht dem in erster Linie diagnostischen Auftrag des Gesundheitswesens.



Definition Kindeswohlgefährdung[#] in der Kinderschutzleitlinie

„Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren.“

(Kinderschutzleitlinienbüro)

Der **Begriff Kindeswohlgefährdung** stammt aus dem **Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)** und ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Aus diesem Grund gibt es nicht nur eine allgemein gültige Definition, sondern unterschiedlichen Operationalisierungen. Der Auftrag der Jugendhilfe begründet nicht nur eine reaktive, sondern auch eine präventive Haltung zum Kindeswohl. Daraus ergibt sich die folgende Definition:



Kindeswohlgefährdung nach Kinder- und Jugendhilfe

“Eine Kindeswohlgefährdung ist ein das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigendes Verhalten oder Handeln bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge durch Eltern oder andere Personen in Familien oder Institutionen. Dieses führt zu nicht-zufälligen Verletzungen, zu körperlichen und seelischen Schädigungen und/oder Entwicklungsbeeinträchtigungen führen kann.“

(Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A, 2006)

2.4.2 Kontextfaktoren

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Laut der Internationalen Classification of Functioning (ICF) (WHO) 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 mit seiner/ihrer Umwelt zu bringen. Diese Faktoren schließen bereits bestehende Verbindungen als auch Zugangsmöglichkeiten zu Sozial-, Gesundheits- oder Hilfesystemen ein und betreffen u.a. Bildung, Arbeit, Wohnsituation als auch Beziehungen zu anderen Menschen, Bezugs- oder Pflegepersonen (Abb 1).

Abb 1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Wechselwirkungen



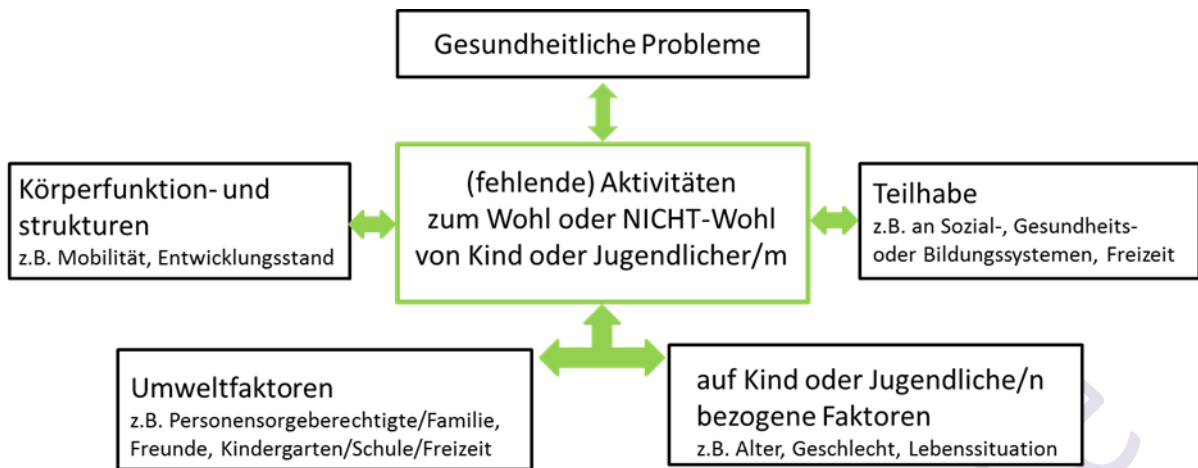
entnommen aus Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010)

Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit (Abb 2)

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 Kinder und Jugendliche, in deren Umwelt Personensorgeberechtigte eine zentrale Rolle einnehmen, werden von ihren Belastungen und Ressourcen stark beeinflusst. Diese Belastungen und Ressourcen der Personensorgeberechtigten sind ein wichtiger Faktor zur Gefährdungseinschätzung von Kindern und Jugendlichen.

Abb 2 Wechselwirkungen von Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit



2.4.3 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 ein solche Offenbarung der Kinder und Jugendlichen nicht vor, so können gewichtige Anhaltspunkte auch anhand Aussagen Dritter bestehen oder auch anhand von Situationen und Befunde, 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 Alter- 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 gesetzliche Inanspruchnahme von Beratung bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, sowie die Pflicht zur Beratung von Personensorgeberechtigten, Kindern und Jugendlichen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung als auch die gesetzliche Befugnis zur Weitergabe von geschützten Informationen nach Interessenabwägung an das Jugendamt bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung.

Für die Dokumentation der Fachkräfte gilt: Es sollen alle Offenbarungen, Aussagen Dritter, beobachtete Situation, erhobene Befunde und die sich daraus ergebene 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 Kinder und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten geführt wurden, um Hilfe- und Unterstützungen anzubieten als auch mögliche Gefahren abzuwenden. Bei Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte an das Jugendamt soll dies den Personensorgeberechtigten mitgeteilt werden, bzw. aus welchen Gründen eine Mitteilung an die Personensorgeberechtigten nicht erfolgte.

2.5 Diversitätssensibilität

Jedes Kind und jede/r Jugendliche hat unabhängig von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, Hautfarbe, Religion, Staatsangehörigkeit, geistiger oder körperlicher Behinderung das Recht auf Hilfe und Unterstützung. Die Verschiedenheit darf nicht zu Diskriminierungen führen, in der Abwägung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung und bei der Erstellung eines Hilfe- oder Schutzkonzepts muss jedoch die Individualität jedes 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 Ärzt_innen, Sozialarbeiter_innen, (Kinder- und Jugend-) Psychotherapeut_innen und Pädagog_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/innen 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.

In 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 Adressat_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

3 Einführung

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 Kinder-schutzverfahren.
- Etablierung des Themas Kinderschutz in der Medizin durch die Erstellung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau.
- direkte Einflussnahme aufgrund ihres multiprofessionellen Ansatzes auf den medizinischen Sektor, als auch auf die weiteren im Kinderschutz aktiven und verantwortlichen Partner. 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 durch Formulierung von Empfehlungen, die Verfahren im Umgang zwischen den unterschiedlichen Behandlern (Medizin, Jugendhilfe und Pädagogik, soweit man Pädagogik miteinbeziehen möchte) regeln helfen
- Wissensvermittlung an Mitarbeitende der Jugendhilfe: warum, wann und wie eine Einbeziehung der Gesundheitshilfe sinnvoll sein
- 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 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 soll 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 im Kinderschutz in Bezug auf Kooperation, Beteiligung, und der Schnittstellenbeschreibung und verfolgte einen grundsätzlichen multiprofessionellen Ansatz. Hierzu wurden Vertreter aller Adressatengruppen in den Entwicklungs- und Konsentierungsprozess aktiv eingebunden.

3.1.3 Verbreitung und Implementierung der Leitlinien

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

Neben den Leitlinienversionen und dem Leitlinienreport, die zum Download bereit gestellt werden, ist zur Verbesserung der Anwendbarkeit sowohl ein Webangebot als auch eine APP (pilani), für Kinder und Jugendliche und Fachkräfte (www.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 ihre Versorgungsbereiche. 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 Drittmittelprojekts beinhaltet nicht die Durchführung und das Monitoring der Leitlinienimplementierung.

3.1.4 Finanzierung der Leitlinie und Darlegung möglicher Interessenskonflikte

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 sex. 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 Beteiligte wurden während des Leitlinienprozesses aufgefordert, mindestens eine schriftliche Erklärung zu eventuell bestehenden Interessenkonflikten vor (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 Interessenskonflikte einzelner Mandatierter zu schützen, wurden neben der verpflichtenden Einholung und Bewertung aller Interessenkonflikterklärungen weitere protektiven 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. Die differenzierte Unterscheidung von Empfehlungen in evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, Klinischen Konsensuspunkten mit und ohne Plausibilitätsnachweis und Statements, wird für den Nutzer größtmögliche Transparenz erreicht. Die Moderation der dreitägigen Konsensuskonferenz erfolgte durchgängig durch Frau Kopp als Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement mit der entsprechenden Fachkompetenz und Unabhängigkeit.

Eine Übersicht aller vorliegenden Interessenkonflikte mit Angaben zur Teilnahme an der konstituierenden Sitzung, dem Zugang zum CGS-Online-Leitlinienportal und zur Teilnahme an der Konsensuskonferenz ist als Anlage beigefügt (siehe Anhang 4 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

Universitätskinderklinik

Adenauerallee 119

53113 Bonn

Telefon: 0228 287 33326

E-Mail: geschaeftsstelle@dgkim.de

3.2 Epidemiologie zu Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch in Deutschland

Es ist schwierig, die epidemiologischen Daten von Kindeswohlgefährdung in Deutschland zu beschreiben, da verschiedene Behörden unterschiedliche Statistiken zur Kindeswohlgefährdung erheben und berichten. Es ist nicht bekannt, ob die Zahlen der Kinder oder Jugendlichen in den verschiedenen statistischen Berichten der anderen Behörden berücksichtigt werden. In diesem Abschnitt werden die Statistiken des Jahres 2017 des Statistischen Bundesamtes zu Gefährdungseinschätzungen nach §8a, 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

Laut statistischem Bundesamt (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2018a) wurden in 2017 143.275 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls (Gefährdungseinschätzungen nach §8a) 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 %)¹. 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 Fälle (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; 26,0 %) 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 vorlag. In fast ebenso vielen Fällen (48.578) wurde weder eine Kindeswohlgefährdung noch weiterer Hilfebedarf ermittelt (+9,1 %).

Kinder unter drei Jahren machen 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 (6 bis 9 Jahren). 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 Sozial Diensts/Jugendamt 6%. Von Verfahren mit dem Ergebnis einer akuten oder latenten Kindeswohlgefährdung wurden dem Jugendamt 20,6% von der Polizei/Gericht/Staatsanwaltschaft bekannt gemacht. Weitere 12,1% durch Schulen, 7,4% durch das Gesundheitswesen und 8,5 durch Sozial Dienst/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 - Inobhutnahmen. Diese können auf Bitte der betroffenen Kinder, bei einer dringenden Gefahr für das Kindeswohl oder bei unbegleiteter Einreise aus dem Ausland eingeleitet werden. Bis eine Lösung für

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

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 %) (Destatis, 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 wurden 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

Laut in sind 2017 162 Kinder und Jugendliche in Deutschland an Mord, Totschlag, körperlichen Verletzungen mit Todesfolge oder Fahrlässiger Tötung verstorben (Polizeiliche Kriminalstatistik [PKS], 2018; siehe Tabelle 2).

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

		Alter (Jahren)						
		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

Diese Statistiken stellen möglicherweise nicht die tatsächliche Zahl der Kinder und Jugendlichen dar, die 2017 in Deutschland misshandelt, vernachlässigt oder missbraucht wurden, sondern nur die, die den Behörden bekannt sind. Es wird davon ausgegangen, dass Fälle nicht immer an das Jugendamt gemeldet wurden, obwohl eine Person einen gewichtigen Anhaltspunkte oder Verdacht auf Kindes-

wohlgefährdung hatte. Daher kann davon ausgegangen werden, dass es eine Dunkelziffer an unbekanntem Fällen gibt.

Langfristige Ergebnisse von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch

Misshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch von Kindern und Jugendlichen kann sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen haben. Die WHO (World Health Organisation, 2018) listet neben Körperverletzung oder Behinderung oder Tod auch verzögerte kognitive Entwicklung, schlechte Schulleistungen bis hin zum Schulabbruch, psychische Probleme, Selbstmordversuche, erhöhtes Gesundheitsrisikoverhalten, Reviktimsierung 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 wirtschaftlichen 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 - 363,5€ (Habetha, Bleich, Weidenhammer, & Fegert, 2012). Diese Kosten ähneln den Angaben anderer OECD-Ländern wie Australien und Kanada (Habetha et al., 2012). Im Vergleich zu den USA liegen diese Schätzungen deutlich über der durchschnittlichen lebenslangen wirtschaftlichen Belastung durch Kindeswohlgefährdung (USD 2010.012 pro nicht tödlicher Kindesmisshandlung und \$1.272.900 pro tödlicher Misshandlung; Fang, Brown, Florence, & Mercy, 2012).

3.3 Grundlage 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 erfolgte 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 von (kann/sollte/soll) und wurden auf der Konsensuskonferenz konsentiert. Ein Statement dient der Information und ist ohne Empfehlungsgrad formuliert.

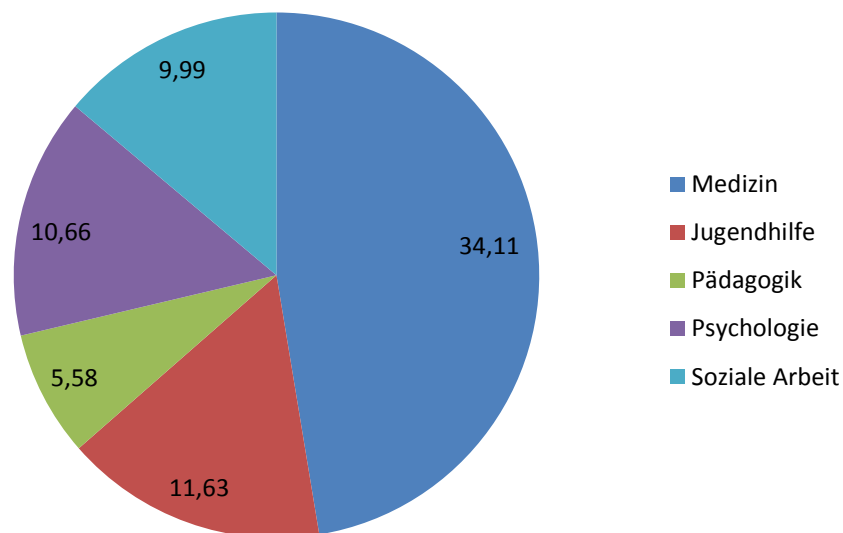
Kriterien für evidenzbasierte Handlungsempfehlungen und klinische Konsensuspunkte entnehmen Sie der Tabelle 32 des Leitlinienreports.

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 3). Dies ermöglichte, dass alle Handlungsempfehlung gemeinsam entwickelt und konsentiert werden konnten und somit die entsprechenden Schnittstellen berücksichtigt werden konnten.

Abb 3 Kategorisierung der Versorgungsbereiche der 72 teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen (ausgenommen die Bundesministerien und Bundesbeauftragten)



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 wird das multiprofessionelle Vorgehen im Gesundheitswesen, das „Vier-Augen-Prinzip“ und durch die gemeinsame Entwicklung Lösungsansätzen für das Kind oder den/der Jugendliche/n. In

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

Handlungsempfehlungen für „Erwachsenenmedizin“

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.

Begriffe im Medizinischen Kinderschutz

Der Begriff Kindeswohlgefährdung wird in der Leitlinie mit einer besonderen Definition verwendet. Diese ist als „Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren“ zu verstehen. In den Handlungsempfehlungen werden die Kontextfaktoren nach ICF zur Einschätzung des Kindeswohls und der Kindesgesundheit empfohlen.

Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung liegt beim Jugendamt.

Änderung medizinischer Diagnostik

Es wurde ein neues Röntgen-Skelettscreening und die dazugehörigen Indikationen neu formuliert. Anleitung zum strukturierten Vorgehen bei körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch auf Evidenzbasis.

3.5 Anwendung und Lesbarkeit der Leitlinie

3.5.1 Handlungsempfehlungen, Schlüsselempfehlungen und Symbole

In der Lang- und Kurzfassung der Leitlinie sind die Handlungsempfehlungen als evidenzbasiert und als Klinischer Konsensuspunkt kenntlich gemacht. Lila für evidenzbasierte Handlungsempfehlung und grün für Handlungsempfehlung als klinischer Konsensuspunkt. Statements sind grau unterlegt. Es sind jeweils die Referenz, der Evidenzlevel und die Konsensstärke markiert. Handlungsempfehlungen, Klinische Konsensuspunkte und Statements sind fortlaufend nummeriert und als **HE/KKP/S Nr. xx** zu erkennen.

(Nr.xx) Evidenzbasierte Handlungsempfehlung		Konsensstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
Quelle: LoE 1-4	Quelle et al. Jahr	Empfehlungsgrad A/B/O*

Referenz
Quelle et al. Jahr
LoE: 1-4
*Konsensusstärke im einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)

Textauszug
.....

(Nr.xx) Klinischer Konsensuspunkt		Konsensstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
Quelle: LoE 1-4	Quelle et al. Jahr	Empfehlungsgrad A/B/O*

Referenz
Quelle et al. Jahr
LoE: 1-4
*Konsensusstärke im einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)

Textauszug
.....

(Nr. xx) Statement		Konsensstärke (xx %)*
.....soll/sollte/kann*.....		
(Quelle: LoE 1-4)	Quelle et al. Jahr	Statement

(Referenz)
Quelle et al. Jahr
LoE: 1-4
*Konsensusstärke im einzelnen (siehe Tabelle 32 im Leitlinienreport)

Textauszug)
.....



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 Mandatsträgern/innen eingeholt. Sie verfügen über langjährige wissenschaftliche und praktische Expertise zu den ausgewählten Themen.



Praktische **Tipps** mit Referenz



Gesetzestext



Informationen



Ziele der Handlungsempfehlungen



Definiton

Konsultationsphase

3.5.2 Verzeichnis für Abbildungen und Tabellen

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

Abbildungsverzeichnis

Abb 1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Wechselwirkungen	13
Abb 2 Wechselwirkungen von Kontextfaktoren, bezogen auf Kindeswohl und Kindergesundheit.....	14
Abb 3 Kategorisierung der Versorgungsbereiche der 72 teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen (ausgenommen die Bundesministerien und Bundesbeauftragten).....	25
Abb 4 Demingkreis.....	49
Abb 5 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	51
Abb 6 Darstellung der Hilfs- und Schutzangebote in Abhängigkeit der vorhandenen elterlichen Ressourcen und Belastungen.....	55
Abb 7 Von der Beobachtung zur Abklärung.....	56
Abb 8 Partizipation oder diagnostische Befragung – Fachkräfte im Gespräch im Kindern und Jugendlichen.....	84
Abb 9 Kriterien für die Beurteilung von körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch.....	88
Abb 10 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch.....	90
Abb 11 Dokumentation, Diagnostik und Vorgehen bei Hämatomen.....	92
Abb 12 Verteilungsmuster von Hämatomen (siehe auch Kitteltaschenkarte Hämatome Anhang 2)	93
Abb 13 Diagnostik bei Verdacht auf Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma	101
Abb 14 Standardisiertes Röntgen-Skelettscreening mit Indikationen und weiterem diagnostischen Vorgehen	105
Abb 15 Untersuchung, Dokumentation und Odds Ratio bei Verdacht auf retinale Blutungen.....	113
Abb 16 Kriterien für die Beurteilung der Untersuchung der Augen.....	113
Abbildung 17 Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch.....	120

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Grundlagen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe (Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend)	6
Tabelle 2 Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch eine Straftat 2017.....	22
Tabelle 3 Merkmale bei Kindern oder Jugendlichen, die auf eine emotionale Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung hinweisen können.....	61
Tabelle 4 Emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale bei vernachlässigten oder emotional misshandelten Kindern differenziert nach Alter (0 bis 6 Jahre) (Naughton et al., 2013)	62
Tabelle 5 Messinstrumente für Neonatales Drogenentzugssyndrom nach Orlando (2014)	67
Tabelle 6 Wahrscheinlichkeit einer nichtakzidentellen Verbrühung/ Verbrennung	97
Tabelle 7 Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nichtakzidentellen (Schädelhirn)-Trauma	100
Tabelle 8 Odds Ratio für Frakturen	106
Tabelle 9 Übersicht einiger Instrumente, die zur Erkennung von Anzeichen für eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinzugezogen werden können	154
Tabelle 10 Frage- und Screeninginstrumente zur Erkennung einer Belastung bei der Mutter oder in der Familie	158

3.5.3 Definitionen

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

Die Definitionen sind zum Teil vom Kinderschutzleitlinienbüro auf Grundlage der WHO oder aus Begriffen 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/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen, etc.) erhoben. Im Einzelfall müssen die Daten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden. Die Personensorgeberechtigten sind darüber in Kenntnis zu setzen.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro, Juni 2017
Anamnese (sozial)	Dient unter anderem der Erfassung von Risikofaktoren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Familiäre Situation: häusliche Gewalt, Familienstand (z.B. alleinerziehend), Alter der Kindesmutter <21 Jahren bei Geburt des ersten Kindes 2. Chronische Erkrankungen oder Behinderungen in der Familie (insbesondere psychiatrische Erkrankungen), Sucht/Abhängigkeit 3. Berufliche Situation (z.B. Arbeitslosigkeit) 4. Finanzielle Situation (z.B. Armut) 5. Soziales Umfeld (z.B. Freundes- und Bekanntenkreis, Freizeitaktivitäten, Nebentätigkeiten) 6. Auffälligkeiten in der Biographie (z.B. elterliche Misshandlung-/Missbrauchserfahrung, Aktenkundigkeit der Eltern beim Jugendamt (auch als Kind), Kindesverlust, Heimaufenthalte, Haftstrafen)
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Januar 2018
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. Ist die Eltern-Kind-Interaktion und das Verhalten der Kinder und Ju-

	gendlichen angemessen?
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im September 2018, adaptiert nach Sittig J et al. (2011)
Begründeter Verdacht	<p>1. Klinische Symptomatik, Befunde, Beobachtungen, Erzählungen des Kindes/Jugendlichen und/oder Anamnese, die für eine Kindeswohlgefährdung# sprechen</p> <p>und</p> <p>2. durch wenigstens 2 Fachkräfte oder ein multiprofessionelles Team (z.B. Kinderschutzgruppe) bestätigt werden.</p>
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im August 2017, überarbeitet März 2018
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	<p>Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), Kapitel 1 §2 Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen.</p> <p>Stand 22.6.2016</p> <p>https://www.kinderschutzleitlinie.de/de/informationen/links-downloads-1/gesetzesentwurf-bundesteilhabegesetz/view</p>
Betreuungssetting	Das Betreuungssetting beschreibt das nahe Umfeld, in dem sich der In-dexpatient# überwiegend aufgehalten hat und die Kindeswohlgefährdung# erfolgte.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Dezember 2017
Emotionale Misshandlung	<p>Bei dieser Misshandlungsform beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entwertung des Kindes oder Jugendlichen durch negative Einstellung (grobe, herabsetzende Sprache; inadäquate Strafen; unrealistische Anforderungen) 2. Instrumentalisierung des Kindes oder Jugendlichen in elterlichen Konflikten 3. Vermitteln von Schuldgefühlen an das Kind oder den Jugendlichen 4. Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten <p>Die emotionale Misshandlung 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.</p>
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro

Fachkraft	Eine Fachkraft ist ein/e Angehörige/r eines bestimmten Versorgungsbereichs (Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Pädagogik) und verfügt innerhalb des eigenen Fachgebiets/Versorgungsbereich über entsprechende theoretische und praktische Kenntnisse sowie Fähigkeiten
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Fallart	Die Fallart klassifiziert einen „Kinderschutzfall“. Sie leitet sich aus einer Kombination von Misshandlungsform, Misshandlungsgrad und vom Alter, Geschlecht sowie Entwicklung des Kindes ab.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Februar 2015
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 Fallbesprechungen, die unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zumeist der Personensorgeberechtigten mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes stattfindet. (Siehe OPS 1-945)</p>
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Juni 2017, überarbeitet Juli 2018
Fallkonferenz	Die Fallkonferenz findet im Rahmen der OPS 1-945 unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zumeist dem/n Personensorgeberechtigten im Krankenhaus statt. Die Konferenz dauert mindestens 30 Minuten und hat die Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes zum Ziel.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
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	<p>adaptiert</p> <p>www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Berat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf</p>
Forensisches Interview	Das Forensische Interview ist ein klinisch, forensisch und wissenschaftlich überprüfbares Instrument zur Durchführung der Befragung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung#. In Deutschland steht unter anderem eine Übersetzung des NICHD (National Institute for Child Health and Human Development) Protokolls in seiner revidierten Version zur Verfügung (Noeker & Franke für die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Bundesgesundheitsblatt, in Review 2018).
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Februar 2018

Gesichertes Umfeld Ein Umfeld, in dem der Schutz des Kindes sichergestellt ist.

Quelle Kinderschutzleitlinienbüro im Oktober 2017

Indexpatient Der Indexpatient ist das Kind, das zuerst im System mit Verdacht auf oder mit einer bestätigten Kindeswohlgefährdung[#] vorgestellt wird.

Quelle Kinderschutzleitlinienbüro im Dezember 2017

Insoweit erfahrene Fachkraft (InsoFa) Die InsoFa 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

Kindeswohlgefährdung[#] Alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren.

In den Niederlanden wird der Überbegriff „Kindeswohlgefährdung/ child maltreatment“ mit dem Begriff „kindermishandeling“ definiert. In den englischen Artikeln niederländischer Autoren wird der Begriff „kindermishandeling“ rückübersetzt in „child abuse“ (und nicht „child maltreatment“).

Quelle Kinderschutzleitlinie im Januar 2016, Ergänzung am 28.06.2017

Kriterien zu Definition Misshandlung und Missbrauch (Sicherung der Diagnose)	Kriterien zur Definition Misshandlung und Missbrauch <i>Criteria used to define abuse*</i>
1	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch eine Fallkonferenz oder ein Zivil- oder Strafgerichtsverfahren oder das Geständnis des Täters <i>Abuse confirmed at case conference or civil or criminal court proceedings or admitted by perpetrator*</i>
2	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch ein multidisziplinäres Team anhand der spezifischen Befunde <i>Abuse confirmed by stated criteria including multidisciplinary assessment†</i>
3	Vorliegen spezifischer Befunde für eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse defined by stated criteria*</i>
4	Behauptung einer körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse stated but no supporting detail given*</i>
5	Verdacht auf eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Suspected abuse*</i>

Als gesicherte Kindeswohlgefährdung gelten die Kategorien 1 und 2.

Quelle Kinderschutzleitlinienbüro im Dezember 2017 *Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. Arch Dis Child. 2005;90 (2):182–186

Kontaktkind	Kontaktkinder (0-18 Jahre) sind die Geschwister, Halb- Stief- oder Adoptivgeschwister, sonstige Verwandte, Kinder und Jugendliche, die denselben Haushalt oder dasselbe Betreuungssetting# in dem die (mutmaßliche) Kindeswohlgefährdung# des Indexpatienten# bestand, teilen.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Dezember 2017; ergänzt am 25.April 2018 (Jugendliche)
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
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 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	<p>Zinsmeister, Köln 2016</p> <p>BMG, abgerufen am 13.04.2015, 12:21 http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/strukturierte-behandlungsprogramme.html</p>
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;

	<p>2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;</p> <p>3. (Spät-)Aussiedler;</p> <p>4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.</p>
Quelle	<p>BAMF, abgerufen 24.10.2017</p> <p>https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv3=3198544</p>
Misshandlungsbedingte Kopfverletzung	<p>Koinzidenz einer traumatischen Enzephalopathie (Hirnschädigung) mit subduralen Hämatomen, meist ausgeprägten retinalen Blutungen und in der Folge oft schweren, prognostisch ungünstigen diffusen Hirnschäden beschrieben. Kennzeichnend sind in der Regel fehlende oder nur subtile äußerlich sichtbare Verletzungen. Unter Umständen finden sich zusätzliche Humerus-, Rippen- oder metaphysäre Frakturen. Als Mechanismus wird ein heftiges, gewaltsames Hin- und Herschütteln eines Kindes angenommen.</p> <p>Im englischsprachigen Raum werden für das ehemalige „Shaken Baby Syndrome (Schütteltrauma)“ aktuell mehrere Termini benutzt. Der am häufigsten genutzte Begriff, der auch von der amerikanischen Akademie der Kinderärzte empfohlen wird, lautet abusive head trauma oder in der deutschen Übersetzung misshandlungsbedingte Kopfverletzung. Daneben sind Begrifflichkeiten wie Pediatric Abusive Head Trauma, abusive head injury, non-accidental head trauma, non-accidental head injury geläufig.</p>
Quelle	<p>Kinderschutzleitlinienbüro im Januar 2018; Herrmann et al. 2016</p>
Misshandlungsformen	<p>Kindesmisshandlung, manchmal auch Kindesmissbrauch und -vernachlässigung genannt, beinhaltet alle Formen der körperlichen und emotionalen Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs, der Vernachlässigung und Ausbeutung die tatsächlichen oder möglichen Schaden an der Gesundheit, der Entwicklung oder der Würde des Kindes verursacht. Innerhalb dieser weit gefassten Definition können fünf Untertypen unterschieden werden – körperlicher Missbrauch; sexueller Missbrauch; Vernachlässigung, inklusive fahrlässiger Vernachlässigung; emotionaler Missbrauch; und Ausbeutung.</p>
Quelle	<p>Deutsche Übersetzung durch J. Kock (B.A.), nach WHO, abgerufen 8.4.2015, 13:35 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/</p>
Mitwisser/in	<p>Jemand, der von einer Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch eines Kindes/Jugendlichen Kenntnis hat. Dabei kann unterschieden werden, ob der/die Mitwisser/in nach Kenntnis der Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch, dem Kind/Jugendlichen unmittelbar oder im Verlauf geholfen hat oder nicht.</p> <p>Anmerkung: Hintergrund für Interventionen der Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen</p>
Quelle	<p>Kinderschutzleitlinienbüro, Juli 2018</p>
Mundgesundheit	<p>Mundgesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und bezieht sich auf die uneingeschränkte Funktionalität und Ent-</p>

	<p>zündungs- bzw. Beschwerdefreiheit aller Organe der Mund-höhle, 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 Nahrungsmittel zu kauen und zu essen, deutlich zu sprechen, ein sozial akzeptables Lächeln, sowie ein entsprechendes dento-faziales Profil (Gesicht und Zähne betreffend) zu besitzen, sich im Mundbereich wohl zu fühlen, frei von Schmerzen zu sein und einen frischen Atem zu haben« umschrieben.</p>
<p>Quelle</p>	<p>Robert Koch Institut</p>
<p>Neonatales Entzugssyndrom (NAS)</p>	<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>
<p>Quelle</p>	<p>WHO ICD-10 P96.15</p>
<p>Nichtakzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)</p>	<p>Der Begriff nichtakzidentelles (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.</p>
<p>Quelle</p>	<p>Kinderschutzleitlinienbüro</p>
<p>OPS 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit</p>	<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 [Münchhausen 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.</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 3 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 Neuro-</p>

chirurgie, 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 3 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*

Quelle <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2015/block-1-90...1-99.htm>

DIMDI, abgerufen 08.07.2016, 15:33

Personensorgeberechtigte/Bezugsperson als Täter

1. Personensorgeberechtigte und Bezugsperson, die Kinder/Jugendliche misshandeln, vernachlässigen oder missbrauchen. (Diese Definition wird von der Kinderschutzleitlinie in den Empfehlungen genutzt.)

(3 Varianten)

2. Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen, die nicht in der Lage sind, das Wohl des Kindes/jugendlichen sicherzustellen.

3. Täterschaft (aus dem Strafgesetzbuch)

(1) Als Täter wird bestraft, wer die Straftat selbst oder durch einen anderen begeht.

(2) Begehen mehrere die Straftat gemeinschaftlich, so wird jeder als Täter bestraft (Mittäter).

Quelle Kinderschutzleitlinienbüro, Juli 2018

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, etc. Die Symptome erfüllen jedoch nicht die Vollkriterien einer psychischen Erkrankung.

Quelle Kinderschutzleitlinienbüro

Psychische Erkrankung 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 Funktions-

	niveaus des/r Betroffenen.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
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
Schütteltrauma	siehe Nichtakzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Sexueller Missbrauch	<p>Sexueller Missbrauch von Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an 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> <p>Bei Kindern unter 14 Jahren ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie nicht zustimmen können. Dies bedeutet, dass ein Missbrauch auch dann vorliegt, selbst wenn ein Kind damit einverstanden wäre.</p>
Quelle	<p>https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/</p> <p>Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, abgerufen 13.04.2015, 11:51</p>
Sozialanamnese	In dieser Anamnese wird die gesellschaftliche Position und das soziale Umfeld des/r Patienten/in erhoben. Von Interesse sind dabei zum Beispiel die familiäre und berufliche Situation des/r Patienten/in, seine/ihre privaten Interessen oder auch sein Freizeitverhalten.
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
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. Ist die Eltern-Kind-Interaktion und das Verhalten angemessen?
Quelle	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
Strafverfolgungsbehörden	Strafverfolgungsbehörden sind in erster Linie die Staatsanwaltschaften

de	und die Polizeibehörden, des Weiteren auch Zollfahndungs- und im Bereich der Finanzverwaltung die Steuerfahndungsbehörden. Ebenfalls zählen hierzu auch solche Behörden, aus deren Bereich Beamtengruppen Ermittlungspersonen der Staatsanwaltschaft tätig werden.
Quelle	https://www.justiz.nrw.de/BS/recht_a_z/S/Strafverfolgungsbeh__rden/index.php Justizministerium NRW abgerufen 08.04.2015, 11:23
Täter/in	Täter ist jemand, der eine Tat begeht oder begangen hat. Die Tat, auch Straftat oder Unrecht, ist das Begehen einer Kindeswohlgefährdung (alleiniges oder in Kombination auftretendes Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren).
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro
Umfeldrecherche	Kontaktaufnahme zur Kinder- und Jugendarzt-ärztin, KiTa/Schule
Quelle	Kinderschutzleitlinienbüro im Juni 2017

Konsultationsspi...

3.5.4 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACE	frühen 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	
APSAC	American Professional Society Abuse Children
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
β-HCG	Humanes Choriongonadotropin
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Allgemeiner Sozialer Dienst, Kommunalen Dienst
ASD/KSD	
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
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
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BKJ	Bundesvereinigung Kulturelle Kinder- und Jugendbildung

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 Hes- sen	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 PhysikDGKJ
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 e.V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DKSB	Deutscher Kinderschutzbund
DKSB LV	Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Nordrhein-Westfalen

NRW	
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 Prostata Karzinom 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-Maxillo-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 alia (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	Humane Immundefizienz-Virus

HPV	Humane Papillomviren
HSANs	hereditary sensory and autonomic neuropathies
HSV-2	Herpes-Simplex-Virus Typ 2
HE	Handlungsempfehlung
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	Klinischen Informationssystem
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KKP	Klinischer Konsenspunkt
KKVD	Katholischer Krankenhausverband Deutschland
KM	Körperliche Misshandlung
KMK	Kultusministerkonferenz
KRK	UN-Kinderrechtskonvention
KSF	Kinderschutzfall
KV	Körperliche Vernachlässigung
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KWG	Kindeswohlgefährdung

4 Konsenterte und abgestimmte Empfehlungen für den medizinischen Kinderschutz

4.1. Partizipation von Kindern und Jugendlichen



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. Mike Seckinger





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 sozio-ökonomischen Status.
- Das Prinzip der Beteiligung an Entscheidungen.

(Lohse et al., 2018)

Handlungsempfehlung: Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Nr.1 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Kinder und Jugendliche sollen* beteiligt werden¹.</p> <p>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 Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen), die Effektivität einer Intervention steigern, eine individuellere Betreuung erlauben und erhöht die Sicherheit durch die frühe Erkennung einer Kindeswohlgefährdung[#].</p> <p>¹ Beteiligung am/an: Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#], Kommunikation, Regeln für Nähe und Distanz, Beschwerdemanagement, Umgangsgestaltung, weiteren Verbleib.</p>	
<p>Quelle: Vis 2011</p> <p>LoE 1-</p>	 <p>Empfehlungsgrad A*</p>

Nr.2 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Fachkräfte sollen* Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den Jugendlichen treffen.</p>	
<p>Quelle: Cossar et al. 2014, Pölkki et al. 2012, van Bijleveld et al. 2015, Woolfson et al. 2010</p> <p>LoE 3 bis 4</p>	 <p>Empfehlungsgrad A*</p>

Nr.3 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>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.</p>	
<p>Quelle: Woolfson et al. 2010</p> <p>LoE 3</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Nr.4 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Falls den Wünschen oder Forderungen der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren nicht nachgekommen werden kann, sollen* ihnen die Gründe dafür verständlich erläutert werden.</p>	
<p>Quelle: Van Bijleveld et al. 2015</p> <p>LoE 4</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

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*

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*

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.

LoE 1- bis 3 2010, Vis et al 2011

Empfehlungsgrad A*

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*

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*

Nr.10 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung & KKP

Konsens (94%)

Der Wunsch von Kindern und Jugendlichen, nicht in das Elternhaus zurückkehren zu wollen, soll* im Kinder-schutzverfahren respektiert und umgesetzt werden.

Fachkräfte, die von diesem Wunsch erfahren, sollen* die Kinder und Jugendliche in der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterstützen. **(KKP)**

Quelle: Rücker et al. 2015, Vis und Fossum 2013

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Nr.11 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (94%)

Jugendliche, die eine Kindeswohlgefährdung[#] erfahren haben, sollen* die Möglichkeit bekommen, an einer Intervention (Nähe und Distanz zu potentiellen 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 B*

Konsultation

4.2 Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz

§

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz (KKG)

(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.

§ 3 Absatz 2 KKG beschreibt, welche Dienste für eine verbindliche Netzwerkstruktur beteiligt werden sollen:

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Einrichtungen und Dienste, mit denen Verträge nach § 75 Absatz 3 des Zwölften 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, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

Die Zusammenarbeit und das zweckgerichtete Zusammenwirken verschiedener Systeme und Netzwerke dienen auch dem Erkennen von Verbesserungspotentialen und dem Erstellen eines gemeinsamen Handlungskonzeptes.

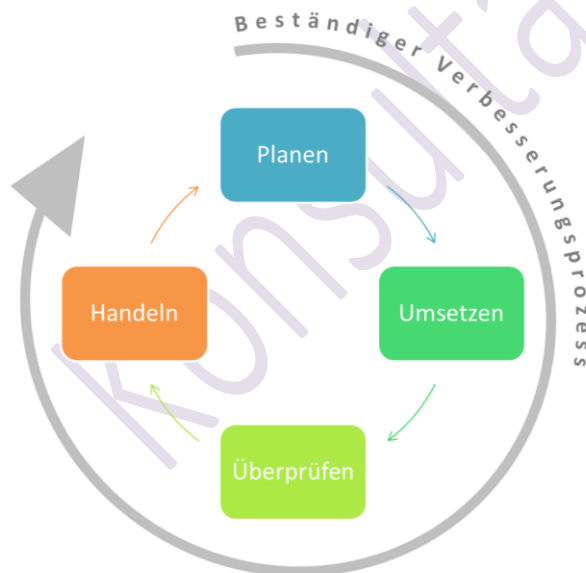


Abb 4 Demingkreis

Zur konstanten Qualitätssicherung sollte das Vorgehen überprüft und reflektiert werden (siehe Abb 4).

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

Handlungsempfehlungen zu Kooperation

Nr.12 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollten* im Kinderschutz mit dem Ziel, Kindeswohlgefährdung[#] als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden, kooperieren. (Vgl. §3KKG)

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

LoE 2++ bis
4



Empfehlungsgrad B*

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*

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*

4.2.2 Informationsaustausch und Meldungen an das Jugendamt zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung

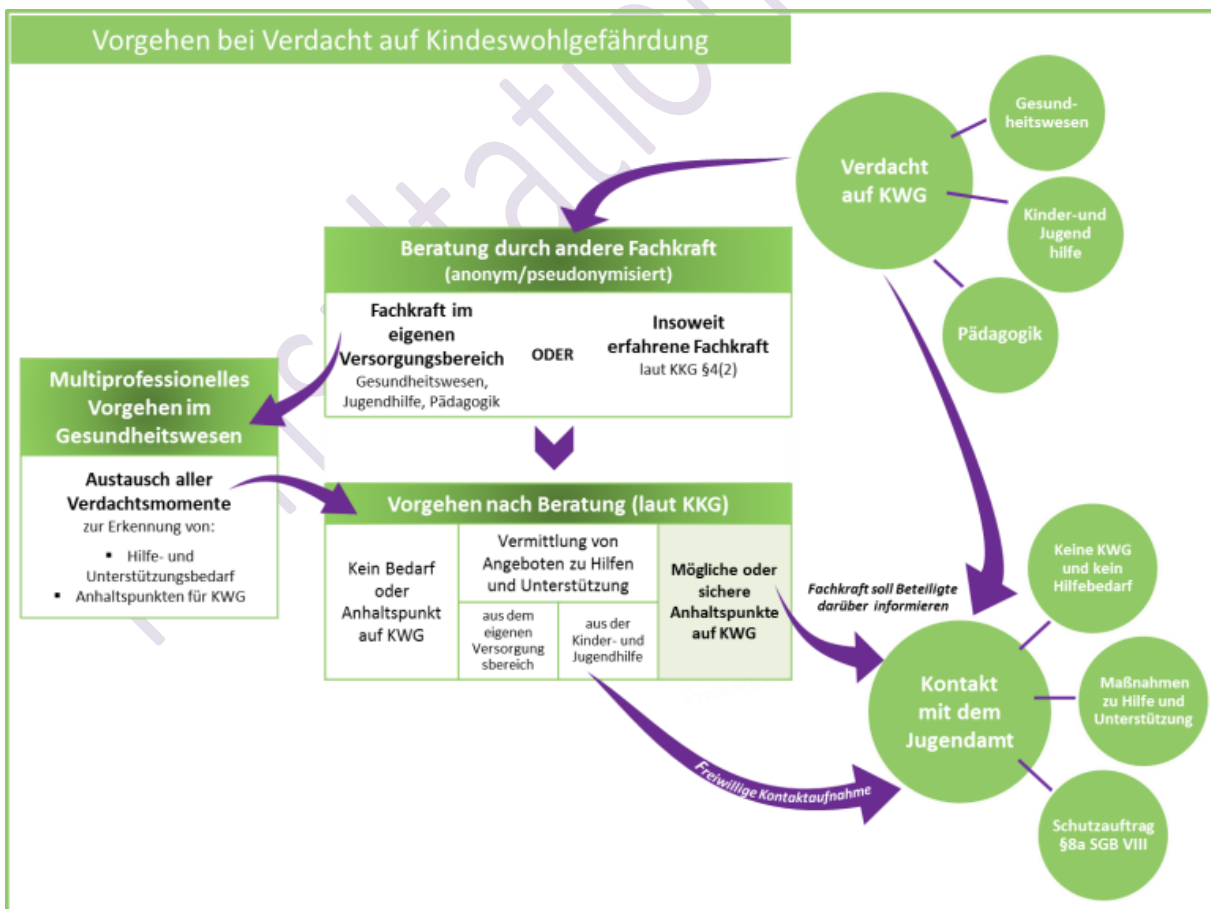


Jede Fachkraft soll sich in ihrem Versorgungsbereich über regionale und nationale Regelungen zu Pflichten, Rechten und Befugnissen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung informieren (z.B. Kinder- und Jugendhilfegesetz, Schulgesetze, Landesgesetze und Bundeskinderschutzgesetz).(Abb 7)

Umgang mit Anhaltspunkten (siehe auch Abb 5)

Wenn ein Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung festgestellt oder einer Fachkraft bekannt wird, sollen alle Schritte durchgeführt werden, die im Rahmen der Möglichkeiten Fachkraft zu einer genauen Beschreibung der Anhaltspunkte führen ohne Kindern und Jugendlichen einer Gefährdung aussetzen. Diese Schritte beinhalten die eigene Beratung durch eine andere Fachkraft, das Einbeziehen der Kinder und Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten und ua. die Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Dabei sollen vor allem Alter, Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und die jetzige und frühere Anamnese berücksichtigt werden.

Abb 5 Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung



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



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

Hinw.: 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 [Münchhausen 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

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 3 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:

- 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 3 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

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

Handlungsempfehlungen: OPS 1-945

Nr.15 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#] soll* bei der stationären Abklärung im Krankenhaus multiprofessionell (z.B. Kinderschutzgruppe nach OPS 1-945[#]) vorgegangen werden, um eine Kindeswohlgefährdung[#] zu bestätigen oder auszuschließen.

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

LoE 2++ bis 4



Empfehlungsgrad A*

Nr.16 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 2005

LoE 1+ bis 2+

Empfehlungsgrad B*

Konsultation

4.3 Merkmale von Kindern und Jugendlichen oder Eltern und Personensorgeberechtigten zur Erkennung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten, bzw. zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung?

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.

Merkmale und 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 psychosozialer Belastungen ▪ psychische Belastungen ▪ Belastung durch Suchtverhalten ▪ Vorstellung in der Notaufnahme ▪ Schwangeren-Vorsorge

*Eltern, Bezugspersonen, Personensorgeberechtigte

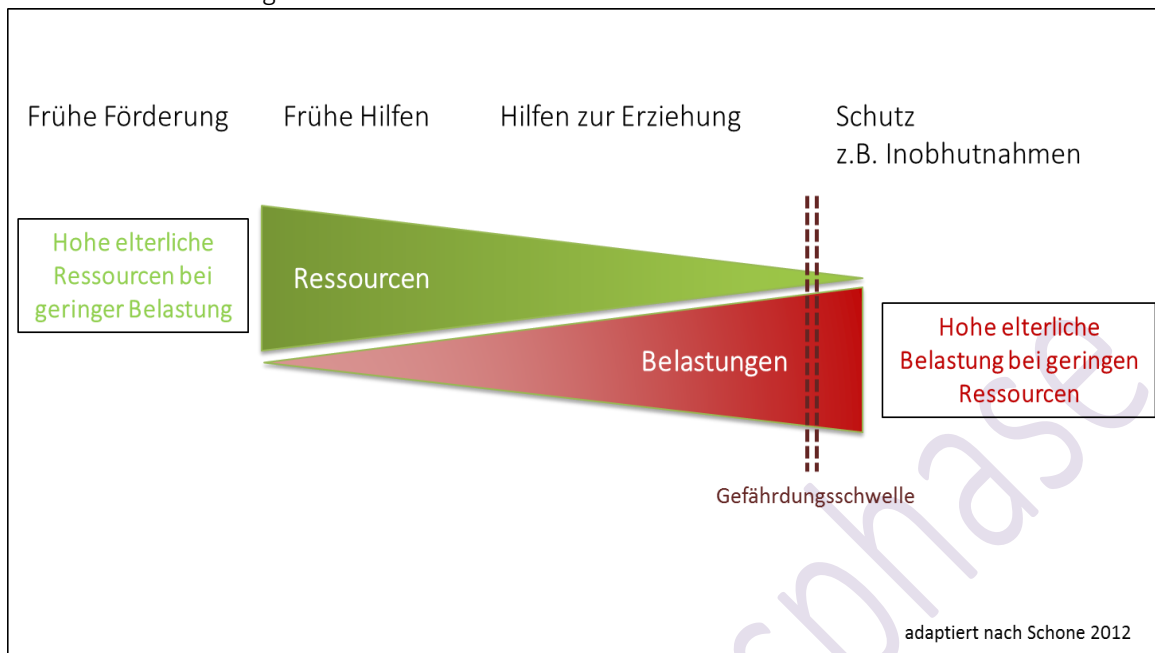
Die festgestellten Merkmale erfordern entweder eine Beratung über und Vermittlung von möglichen Hilfe- und Unterstützungsangeboten oder auch eine Abklärung im Rahmen einer Kindeswohlgefährdung. Kontextfaktoren helfen der Fachkraft positive und negative Einflüsse für das Wohl der Kinder und Jugendlichen 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.

Besteht der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, sind die Personensorgeberechtigten hierüber unmittelbar zu informieren und die Kinder und Jugendlichen zu beteiligen (siehe [Kapitel 4.1 Partizipation von Kindern und Jugendlichen](#)). Hierzu ist eine Zustimmung der Personensorgeberechtigten und Kinder und Jugendlichen wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig (siehe Kapitel [4.2.1. Kooperation](#) und Kapitel [4.2.2 Informationsaustausch](#)). Auch ohne Einverständnis der Beteiligten können notwendige Schritte zum Schutz der Kinder und Jugendlichen, wie z.B. durch eine Inobhutnahme oder eine familiengerichtliche Entscheidung legitimiert werden.

Die Abbildung 6 verdeutlicht das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen mit einer groben Zuordnung der Maßnahmen nach dem SGB VIII (Tabelle 1 Grundlagen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe).

Abb 6 Darstellung der Hilfs- und Schutzangebote in Abhängigkeit der vorhandenen elterlichen Ressourcen und Belastungen



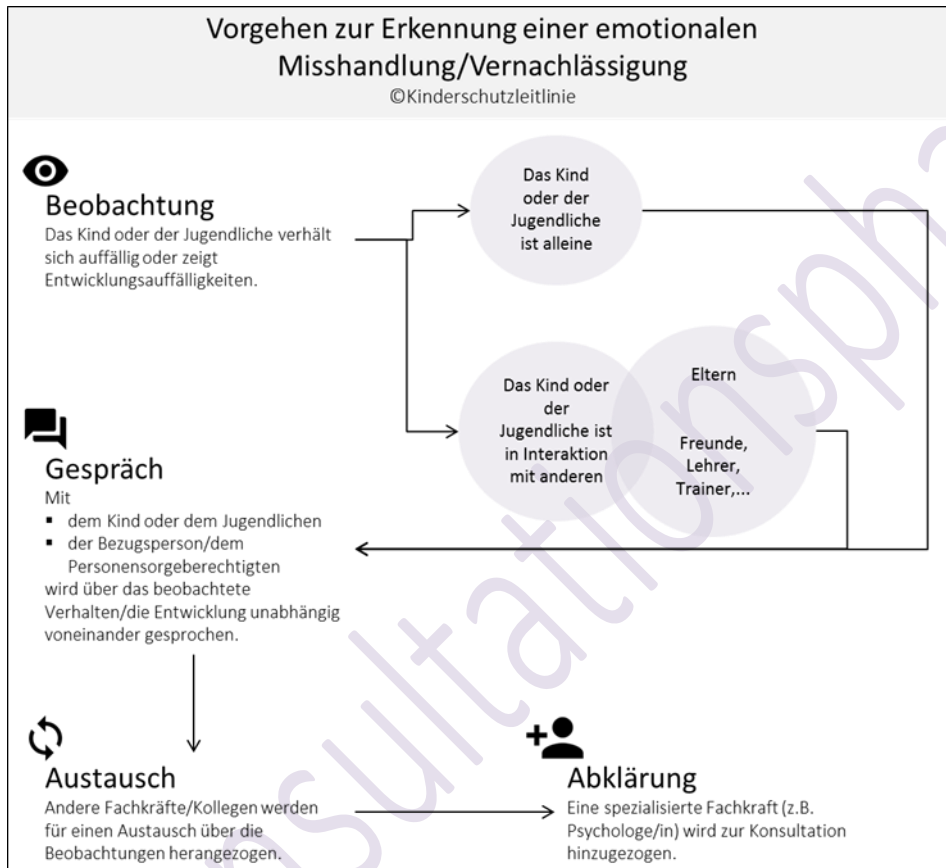
Konsultationssprache

Teil A: Merkmale von Kindern und Jugendlichen

In diesem Teil werden Situationen beschrieben, in denen Fachkräfte in ihrem Berufsalltag mit Kindern und Jugendlichen, die ggf. durch bestimmte Merkmale auffallen, konfrontiert.

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

Abb 7 Von der Beobachtung zur Abklärung




4.3.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

Handlungsempfehlungen: Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

Nr.17 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Die Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft sollte* (mit Einwilligung der Personensorgeberechtigten/Bezugsperson) bei der ausführlichen Anamnese# zur Feststellung einer Kindeswohlgefährdung# 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>	Empfehlungsgrad B*
Nr.18 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Ärzte und Ärztinnen (einschließlich ihrer Mitarbeitenden), die Früherkennungsuntersuchungen und andere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, sollen* zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung# sensibilisiert und fortgebildet werden.</p>	
<p>Quelle: Nothhafft (2008), Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Freistaat Sachsen (2014)</p> <p>LoE 3 bis 4</p>	Empfehlungsgrad A*

4.3.2 Sind Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen sinnvoll zur Erkennung einer Kindeswohlgefährdung#?

Handlungsempfehlungen: Screening auf Kindeswohlgefährdung# in der Notaufnahme

Nr.19 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindeswohlgefährdung# soll* nicht durchgeführt werden.</p>	
<p>Quelle: 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> <p>LoE 2++ bis 3</p>	 <p>Empfehlungsgrad A*</p>

Konsultationsspi...

4.3.3 Vorgehen bei Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen?

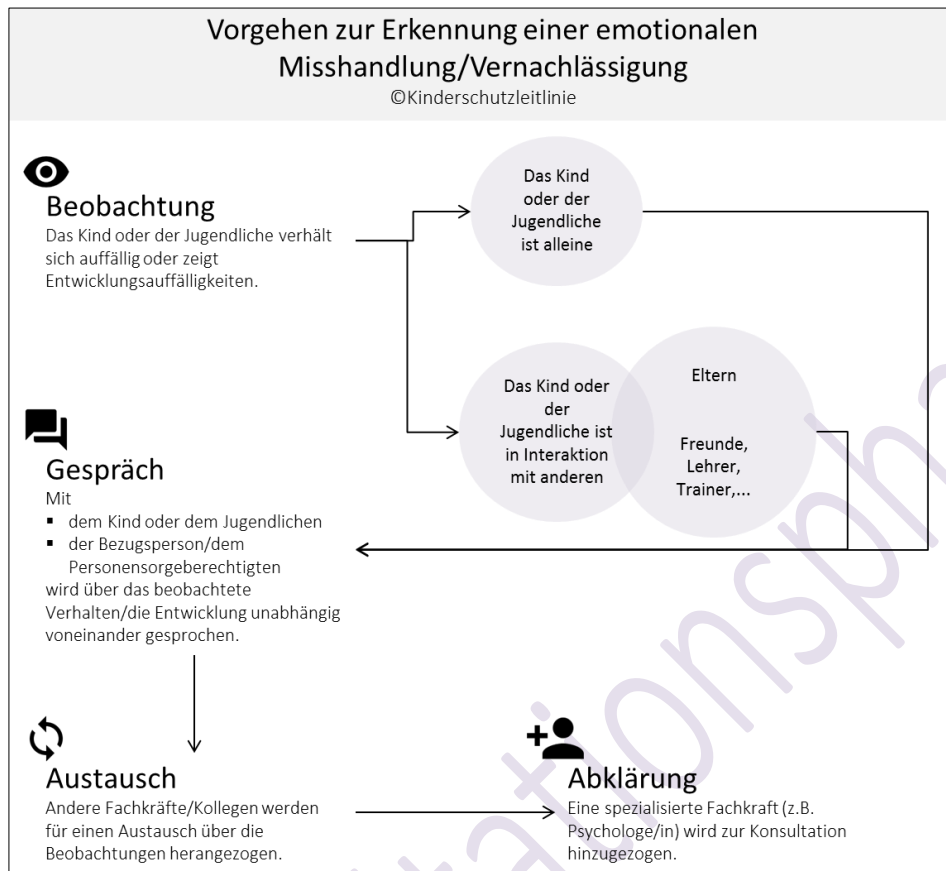


Abb 7 Von der Beobachtung zur Abklärung

Handlungsempfehlungen: Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Nr.20 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (82%)

Da beobachtete Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in einer Kindeswohlgefährdung[#] wurzeln können, ein spezifischer Rückschluss auf das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung[#] aber nicht möglich ist, sollten* Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Auffälligkeiten alters- und entwicklungsgerecht angesprochen werden und nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld gefragt werden.

Quelle: Campbell & Hibbard (2014), Hornor (2012)

LoE 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.21 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (85%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten sollten* Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen darauf angesprochen und gefragt werden:

- 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*

Nr.22 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Konsens (79%)

Wenn bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung[#] besteht, sollten* Informationen, die aus verschiedenen Quellen des kindlichen Umfelds stammen, zusammengetragen werden, um den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung[#] 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)

LoE 2++ bis 4

Empfehlungsgrad B*

4.3.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung

Tabelle 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"> ▪ Funktionieren des Kindes in Bezug auf die Beziehungen des Kindes zu seiner 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; emotional erstarrte Zustände („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 gegen, die gegen sich selbst gerichtet sind)^{2, 5, 6, 7, 8, 10} ▪ Belastungsstörung^{4, 9} ▪ fehlende Selbstkontrolle, Schwierigkeiten der Emotionsregulation³ ▪ repetitive Verhaltensweisen, auffälliges Verhalten, Angstzustände, Distanzlosigkeit gegenüber Fremden, aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, emotionales Chaos (bspw. Impulsivität, Starrheit), selbstverletzendes Verhalten³ ▪ Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen³
Kognitive und schulische Leistungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defiziten in der akademischen Leistung, des IQs, des Gedächtnisses, der Lernfähigkeit und des Gehirnvolumens^{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

Tabelle 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 Entwicklungsverzögerung	Verringerte soziale Interaktion	Verzögerungen in komplexer Sprache	Verzögerungen in komplexer Sprache	Schlechte Peer-Beziehungen; bewerten Sie sich selbst als wütend, oppositionell, andere sie als traurig / verletzt
Passiv zurückgezogenes Verhalten	Defizite der Gedächtnisspeicherung	Schwierigkeiten mit Diskriminierung von Emotionen	Schwierigkeiten bei der Diskriminierung von Emotionen - Voreingenommenheit für traurige Gesichter Dysregulation von Emotionsmustern Hilflose Aussicht; andere nicht als Hilfequelle sehend	Geringe Selbstachtung weniger moralisch; Neigung, zu schummeln und Regeln zu brechen

Handlungsempfehlungen: Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung

Nr.23 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Mehrheitliche Zustimmung (72%)

Bei Verdacht auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung soll* eine ausführliche Anamnese[#] der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden.

Quelle: Al Odhayani et al. 2013, Campbell & Hibbard 2014, Michel et al. 2014
LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad A*

Nr.24 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 zu Schutz- und Risikofaktoren.

Quelle: Al Odhayani et al. 2013, Barlow 2012, Campbell & Hibbard 2014, Hoytema van Konijnenburg et al. 2015, Michel et al. 2014
LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.25 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, Michel et al. 2014
LoE 2++ bis 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.26 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 und 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*

Nr.27 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (92%)

Verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen sollten* 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*

Nr.28 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Gedehstörungen, geistige¹ und körperliche Entwicklungsverzögerung bei Kindern und Jugendlichen sollten* berücksichtigt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

¹ redaktionelle Änderung: nach der Konsensuskonferenz wurde geistige aufgrund der Evidenz eingefügt

Quelle: Al Odhayani et al. 2013, Campbell & Hibbard 2014
LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

4.3.5 Gibt es Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bei der zahnärztlichen Untersuchung?



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

Handlungsempfehlungen: Zahnärztliche Untersuchung

Nr.29 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

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/Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:

- 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.

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

Quelle: Bhatia et al. 2014; Harris et al. 2009
LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Nr.30 Statement

Starker Konsens (100%)

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.

Quelle: American Academy of Pediatric Dentistry, 2016; Bhatia et al. 2014, Harris et al. 2009

4

Statement

Nr.31 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (91%)

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#] sollten* Zahnärzte/innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten.

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

Empfehlungsgrad B*

Nr.32 KKP

Konsens (91%)

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

Empfehlungsgrad A*

Nr.33 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
LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

4.3.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom

Strukturiertes Assessment

- Frühzeitiges Erkennen von Behandlungsnotwendigkeit Neugeborener drogenabhängiger Mütter
- Frühzeitige Beratung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten von suchtbelasteten Eltern

Frühzeitiges Einleiten notwendiger Maßnahmen für das Neugeborene bei Bekanntwerden eines Drogenkonsums einer Schwangeren

Tabelle 5 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.34 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* mit Hilfe geeigneter Messinstrumente beurteilt werden.</p>	
<p>Quelle: AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen LoE 2++ 2016, Bagley et al. 2014, World Health Organization Guidelines 2014</p>	Empfehlungsgrad B*
Nr.35 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Neugeborene, die in der Schwangerschaft dauerhaft Opioiden ausgesetzt waren, sollen* stationär aufgenommen werden und auf ein Neonatales Drogenentzugssyndrom geprüft werden, unabhängig davon, welches Opioid in welcher Dosierung von der Mutter eingenommen wurde.</p>	
<p>Quelle: Cleary et al. 2010, Jones et al. 2010, Kaltenbach et al. LoE 1++ bis 2++ 2012, World Health Organization Guidelines 2014</p>	Empfehlungsgrad A*
Nr.36 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Konsens (91%)
<p>Neugeborene, die in der Schwangerschaft Opioiden und/oder Amphetaminen ausgesetzt waren, sollten* mindestens 4 bis 7 Tage nach der Geburt stationär mit Hilfe geeigneter Messinstrumente überwacht werden.</p>	
<p>Quelle: AWMF S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen 2016, Gaalema et al. 2012, World Health Organization Guidelines 2014</p>	Empfehlungsgrad B*
Nr.37 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Ein einzelner Spitzenwert bei der Messung mit einem Screeninginstrument soll* nicht als alleiniger Parameter zur Diagnose Neonatales Drogenentzugssyndrom führen.</p>	
<p>Quelle: Jones et al. 2010, Galemaa et al. 2012 LoE 1++</p>	Empfehlungsgrad A*

Nr.38 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*

Nr.39 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*

Nr.40 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*

Teil B Merkmale von Eltern und Personensorgeberechtigten

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

Diese Merkmale können einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf mit sich ziehen und sind folgende:

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

Zielgruppe sind Fachkräfte im Gesundheitswesen, die originär eine Versorgungsauftrag für Erwachsenen haben und durch ihr Handeln einerseits einer unangemessenen Vorverurteilung der eigenen Patienten und andererseits einer mögliche Kindeswohlgefährdung entgegenwirken können.

Die Einschätzung und Abwägung der Belastungen und der vorhandenen Ressourcen erfordert eine fachliche Einschätzung und einen spezifischen Informationsaustausch mit weiteren Fachkräften. Hierbei sind die rechtlichen Möglichkeiten (z.B. nach § 4 KKG) und vor allem der Bezug zum Kind und die Kindzentriertheit relevant.



Frühzeitige Erkennung und Vermittlung von
Hilfe- und Unterstützungsbedarf für Familien.

4.3.7 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen



WHO oder CDC Child Abuse and Neglect: Risk Factors

Kindlichen Risikofaktoren

- Kinder unter 4 Jahren
- Besondere Bedürfnisse, die die Belastung der Pflegekräfte erhöhen können (z.B. Behinderungen, psychische Erkrankungen und chronische körperliche Erkrankungen)
- Ungewollte/Unerwünschte Kinder
- Kinder, die die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen

Risikofaktoren für eine Täterschaft

Individuelle Risikofaktoren

- Mangelndes Verständnis der Eltern für die Bedürfnisse der Kinder, deren Entwicklung und ihre eigenen Fähigkeiten
- Bindungsproblematik zwischen Eltern und Neugeborenem
- Elterliche Vorgeschichte in Bezug auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als Täter oder als Opfer
- Drogenmissbrauch und/oder psychische Erkrankungen einschließlich Depressionen in der Familie
- Elternmerkmale wie junges Alter, geringer Bildungsstand, alleinerziehend, große Anzahl unterhaltspflichtige Kinder und niedriges Einkommen
- Nichtbiologische, vorübergehend im Haushalt lebende Bezugspersonen im Haushalt (z.B. männlicher Partner der Mutter)
- Elterliche Gedanken und Emotionen, die dazu neigen Misshandlungsverhalten zu unterstützen oder zu rechtfertigen
- Beteiligung an kriminellen Aktivitäten

Familiäre Risikofaktoren

- Soziale Isolation
- Familiäre Desorganisation, Familienauflösung und familiäre Gewalt, einschließlich Gewalt intimer Partner
- Erziehungsstress, schlechte Eltern-Kind-Beziehungen und negative Wechselwirkungen

Risikofaktoren in der Nachbarschaft

- Gewalt in der Nachbarschaft
- Konzentrierte Benachteiligung in der 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.)

(Centers for Disease Control and Prevention, 2018a)
(World Health Organisation)

Handlungsempfehlungen: Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

<p>Nr.41 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung</p>	<p>Starker Konsens (96%)</p>
<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 Kinderkrankenpflegerinnen/-ern, 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 2+ Fraser et al. 2000, Mejdoubi et al. 2013, Sharps et al. 2016, Taft et al. 2015</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>
<p>Nr.42 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung</p>	<p>Konsens (93%)</p>
<p>Das Gespräch, bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe Nr.41) soll* mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.</p>	
<p>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</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>
<p>Nr.43 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung</p>	<p>Starker Konsens (97%)</p>
<p>Bei Hinweise 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.</p>	
<p>Quelle: Fisch et al. 2016, Dennis et al. 2013, Mejdoubi et al. 2015 LoE 1++ bis 2</p>	<p> Empfehlungsgrad A*</p>

Nr.44 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (90%)

Bei erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf soll* der Frau/Familie entsprechende Unterstützung, die sowohl individuelle Problematiken/Bedürfnisse, als auch Stärken der Frau/Familie berücksichtigt, angeboten werden.

Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen sind Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.

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*

Nr.45 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

Empfehlungsgrad A*

Nr.46 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

Empfehlungsgrad A*

4.3.8 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern*

**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 & 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 Bezugsperson, die Vermittlung von Regeln, Werten und Struktur durch Erziehung, sowie die Eröffnung von Lernchancen (Wolff & 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, Brandt, & Whitaker, 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 soziökonomischer Status, Alleinerziehenden Status etc.) (Stadelmann, Perren, Kölch, Groeben, & Schmid, 2010). Familien mit psychisch erkranktem 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, Kölch, Di Gallo, Stierli, & und Marc Schmid, Binia Roth, 2016; Schmid M, Schielke A, Becker T 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.

Ein wichtiger Aspekt bei der Prüfung, ob eine Kindeswohlgefährdung aus medizinischer Sicht vorliegt, ist 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, Radcliffe, Marlow, Boreham, & Gilchrist, 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. Michael Kölch

**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 wiesen insgesamt ein erhöhtes Risiko für eine Kindeswohlgefährdung im Vergleich zu Kindern der übrigen Bevölkerung aus, ist in dieser verallgemeinerten Form nicht haltbar. Die der Aussage zugrundeliegenden 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 (Europäisches Parlament, 2011). Ebenso kritisch ist die Verallgemeinerung zu betrachten, frühere psychische Erkrankungen gäben grundsätzlichen Aufschluss über das Risiko einer erneuten Erkrankung, 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.47 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.50) 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, muss 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.47 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, Berthold, Fegert, & Kölch, 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.48 & Nr.50) bedarf der notwendigen Sensibilität. Auch professio-

nell in der Gesundheitsversorgung tätige Personen, unter anderem Hausärzt_innen (Reavley, Mackinnon, Morgan, & Jorm, 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. Ärzt_innen und Hebammen sollten sich daher eigener Wissensdefizite und Vorannahmen bewusst sein und sorgfältig prüfen, ob ihre Angebote gemäß Handlungsempfehlung Nr.47 bei einer wahrgenommenen Belastung in einer Form erfolgen, die die Freiwilligkeit des Angebotes sichtbar macht.

Alex Stern

Handlungsempfehlungen: Psychisch belastete Schwangere und Mütter

Nr.47 KKP

Konsens (78%)

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.

Quelle: Austin et al. 2017, Brockington et al. 2011, Brockington et al. 2017, NICE 2017, Schofield & Sisodia 2014

LoE 3 bis 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.48 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.47 verfahren werden.

Quelle: Austin et al. 2017, Kölch 2009, NICE 2017, Schofield & Sisodia 2014

LoE 2++ bis 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.49 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.47 verfahren werden.

Quelle: Austin 2003, Austin et al. 2017, Brockington et al. 2011

LoE 4

Empfehlungsgrad B*

Nr.50 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.47 verfahren werden.

Quelle: Austin et al. 2017, NICE 2017, Schofield & Sisodia 2014

LoE 3

Empfehlungsgrad B*

Nr.51 KKP

Starker Konsens (100%)

Das Kind psychisch belasteter Personensorgeberechtigte(r)/ Bezugsperson sollte* bei allen die Personensorgeberechtigte(r)/ Bezugsperson betreffenden Maßnahmen (Assessment, Versorgung, Behandlung) berücksichtigt werden.


Quelle: Austin 2017

AGREE

Empfehlungsgrad B*

4.3.9 Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*

Handlungsempfehlungen: Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*

Nr.52 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen sollten* 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. LoE 2++ bis 3 2013</p>	
<p>Empfehlungsgrad B*</p>	

Nr.53 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei gesicherter Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten¹ sollen* Fachkräfte, die Kinder/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.</p>	
<p>Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden. (KKP)</p>	
<p>¹ neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt von Kindern und Jugendlichen lebt</p>	
<p>Quelle: Lawson et al. 2001; Simons et al. 2008; Vanderploeg et al. 2007</p>	<p>Empfehlungsgrad A*</p>

Nr.54 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 Kindeswohlgefährdung# zu vermeiden oder zu beenden.

Dies betrifft Absprachen zu (Verlaufs-)Ergebnissen von:

- Einschätzungen des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen, Suchtkranke/r 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)
 - den entsprechend eingeleiteten Maßnahmen.

¹neben 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*

Konsultation

4.3.10 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme

Handlungsempfehlung: Erwachsene in der Notaufnahme

Nr.55 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei der Vorstellung Erwachsener in Notaufnahmen auf Grund 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/n Minderjährige/n trägt; um eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen. In diesem Fall soll* der Sozialdienst der Klinik informiert werden.

Quelle: Diderich et al. 2013; Diderich et al. 2014; Diderich et al.
LoE 2++ bis 2+ 2015; H.v.Konijnenburg et al. 2015



Empfehlungsgrad A*

Konsultationsspe...

4.4 Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung[#] anhand diagnostischer Methoden

In diesem Kapitel werden zwei Methoden zur Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung[#] dargestellt. Der erste Teil befasst sich mit der strukturierten Befragung von Kindern und Jugendlichen, bzw. das Forensische Interview (Beurteilung einer Aussage) und der zweite Teil befasst sich mit der medizinischen Diagnostik (Beurteilung körperlicher Befunde).

Ziele der diagnostischen Methoden: Anhand strukturierter Vorgehensweisen, Aussagen der Kinder und Jugendlichen zu beurteilen und spezifische Befunde für eine Kindeswohlgefährdung[#] zu erkennen und zu beurteilen. Die Handlungsempfehlungen verdeutlichen, dass eine Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung[#] besser gelingt, wenn sowohl Aussagen der Kinder und Jugendlichen oder der Personensorgeberechtigten als auch körperliche Befunde vorliegen. Alle Aussagen und Befunde werden multiprofessionell beurteilt.

Konsultationsphase

Teil A Befragung von Kindern und Jugendlichen

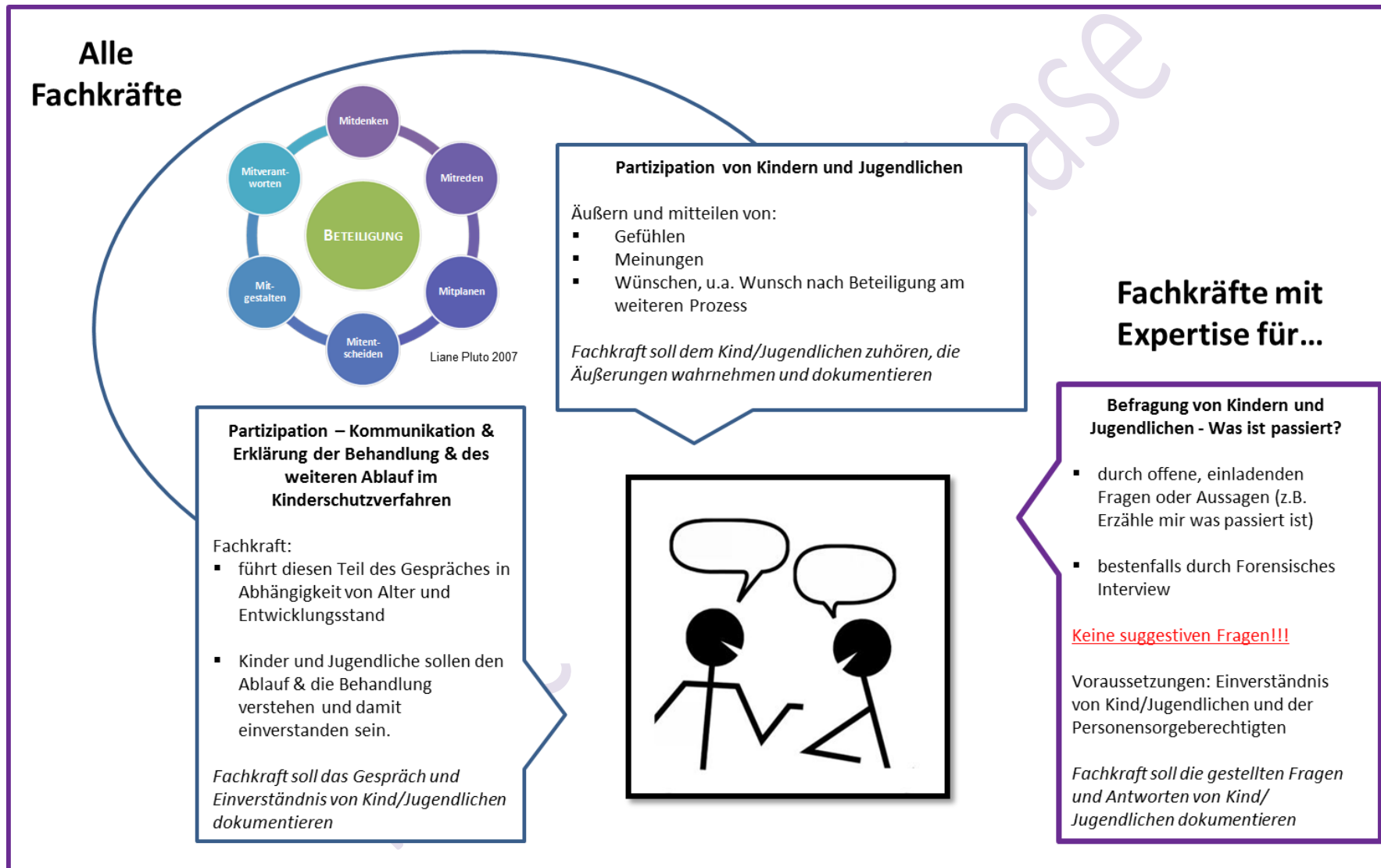
4.4.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen - Forensisches Interview

Sowohl die strukturierte Befragung als auch das Forensische Interview dienen der objektiven Klärung der Frage: „Was ist passiert?“. Damit sind sie Teil der Diagnostik im Rahmen des Kinderschutzverfahrens. Das Forensische Interview dient primär der strukturierten Exploration der Geschehnisse und bietet die Möglichkeit, dass sich Kinder und Jugendliche zum Geschehen offenbaren und äußern können. Die Kinderschutzleitlinie definiert das Forensische Interview als *ein klinisch, forensisch und wissenschaftlich überprüftes Instrument zur Durchführung der Befragung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung*[#].

Im Gegensatz dazu ist das Gespräch zwischen Fackraft und Kindern und Jugendlichen zu sehen, in dem Kinder und Jugendliche sich zu ihren Gefühle und Meinungen äußern und ihre Wünsche mitteilen können. Dies ist Teil der Partizipation. ([Verweis auf Kapitel 4.1 Partizipation](#))

Konsultationsphase

Abb 8 Partizipation oder diagnostische Befragung – Fachkräfte im Gespräch im Kindern und Jugendlichen



Handlungsempfehlungen: Forensisches Interview

Nr.56 KKP	Konsens (94%)
<p>56a: Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#] 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-Protokoll konkretisiert werden.</p>	
<p>56b: Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#] sollte* in Absprache mit Institutionen der Strafverfolgung, bzw. der Familiengerichtsbarkeit und mit Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Vormundes ein Forensisches Interview angeboten werden, wenn die Aussage der Kinder und Jugendlichen zur Klärung der Kindeswohlgefährdung[#] erforderlich erscheint.</p>	
<p>Quelle: Herbert & Bromfield 2016, Newlin et al. 2015</p>	
<p>LoE 2++ bis</p>	
<p>4</p>	<p>Empfehlungsgrad B*</p>

Nr.57 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (97%)
<p>Das Forensische Interview[#] sollte* strukturiert mit Hilfe von evaluierten Protokollen durchgeführt werden.</p>	
<p>Ein Beispiel eines solchen evaluierten Protokolls ist das revidierte NICHD Protokoll, das auch in deutscher Sprache vorliegt.</p>	
<p>Quelle: Anderson et al. 2014, Benia et al 2015, Herschkowitz et al.</p>	
<p>LoE 2++ bis 2014, Lewry et al. 2015</p>	
<p>3</p>	<p>Empfehlungsgrad B*</p>

Nr.58 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Das Forensische Interview[#] sollte* anhand von Aufzeichnungen der Interviewenden und durch eine Audio- und Videoaufnahme nachhaltig dokumentiert werden.</p>	
<p>Dies setzt das informierte Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus.</p>	
<p>Quelle: Newlin et al. 2015</p>	
<p>LoE 4</p>	
	<p>Empfehlungsgrad B*</p>

Nr.59 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*

Nr.60 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.

LoE 3 bis 4 2015, Orbach & Lamb 2001

Empfehlungsgrad A*

Einladende Aussagen/Fragen

- nutzt ‚Free recall memory‘
- entlocken detaillierte und länger 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 schon über etwas geäußert hat] oder „Was für ein Farbe war das Hemd?“ [wenn das Kind schon geäußert hat, dass das Person ein Hemd trägt].

Leitenden Fragen

(nicht optimal,
aber nicht beeinflussend)

11. Ja/Nein-Fragen (Verhindern den Aufbau eines freien Rapports)
12. (unvollständige) Auswahlfragen
13. versuchen die Aufmerksamkeit der befragten auf Details zu lenken, die zuvor nicht erwähnt wurden, ohne jedoch einen erwartete Reaktion anzuzeigen

Suggestive Fragen sollen

NICHT verwendet werden!

- Fragen, die Informationen einführen, die vom Kind nicht geäußert wurden.
- Fragen, die eine konkrete/bestimmte Antwort erwarten
- Wiederholung von geschlossenen Fragen innerhalb eines Gesprächs
- Fragen, die Details annehmen, die von dem Kind noch nicht geäußert wurden

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 das Person ihm angefasst hat].“

- 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, so dass sich ihre Antworten verfälschen können, bspw. bestätigen Ereignisse, die nicht geschehen sind.

Beispiele: „Hat er/sie dir wehgetan?“
[wenn das Kind davor vorher nichts erwähnt hat]

Konsultationsphase

Teil B Medizinische Diagnostik

4.4.2 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung



Ist die Verletzung akzidentell oder nichtakzidentell?

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 Beurteilung einer körperlichen Misshandlung und eines sexuellen Missbrauchs werden die Kriterien nach Maguire and Mann (2013) verwendet.

Abb 9 Kriterien für die Beurteilung von körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch

Ranking	Kriterien zur Definition abuse (Misshandlung/Missbrauch) <i>Criteria used to define abuse*</i>
1	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch eine Fallkonferenz oder ein Zivil- oder Strafgerichtsverfahren oder das Eingeständnis des Täters <i>Abuse confirmed at case conference or civil or criminal court proceedings or admitted by perpetrator*</i>
2	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch ein multidisziplinäres Team anhand der spezifischen Befunde <i>Abuse confirmed by stated criteria including multidisciplinary assessment*</i>
3	Vorliegen spezifischer Befunde für eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse defined by stated criteria*</i>
4	Behauptung einer körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse stated but no supporting detail given*</i>
5	Verdacht auf eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Suspected abuse*</i>

Mindestens zwei Fachkräfte (bestenfalls ein multiprofessionelles Team) begründen den Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch und stellen die Indikation zur weiteren Diagnostik:

- Gezielte Anamneseerhebung
- körperliche, bzw. auch anogenitale Untersuchung
- bildgebende Diagnostik
- Funduskopie
- Laboruntersuchungen.



Definition Kinderschutzleitlinie „begründeter Verdacht“

1. Klinische Symptomatik, Befunde, Beobachtungen, Erzählungen des Kindes/Jugendlichen und/oder Anamnese, die für eine Kindeswohlgefährdung[#] sprechen und
2. durch wenigstens 2 Fachkräfte oder ein multiprofessionelles Team (z.B. Kinderschutzgruppe) bestätigt werden.

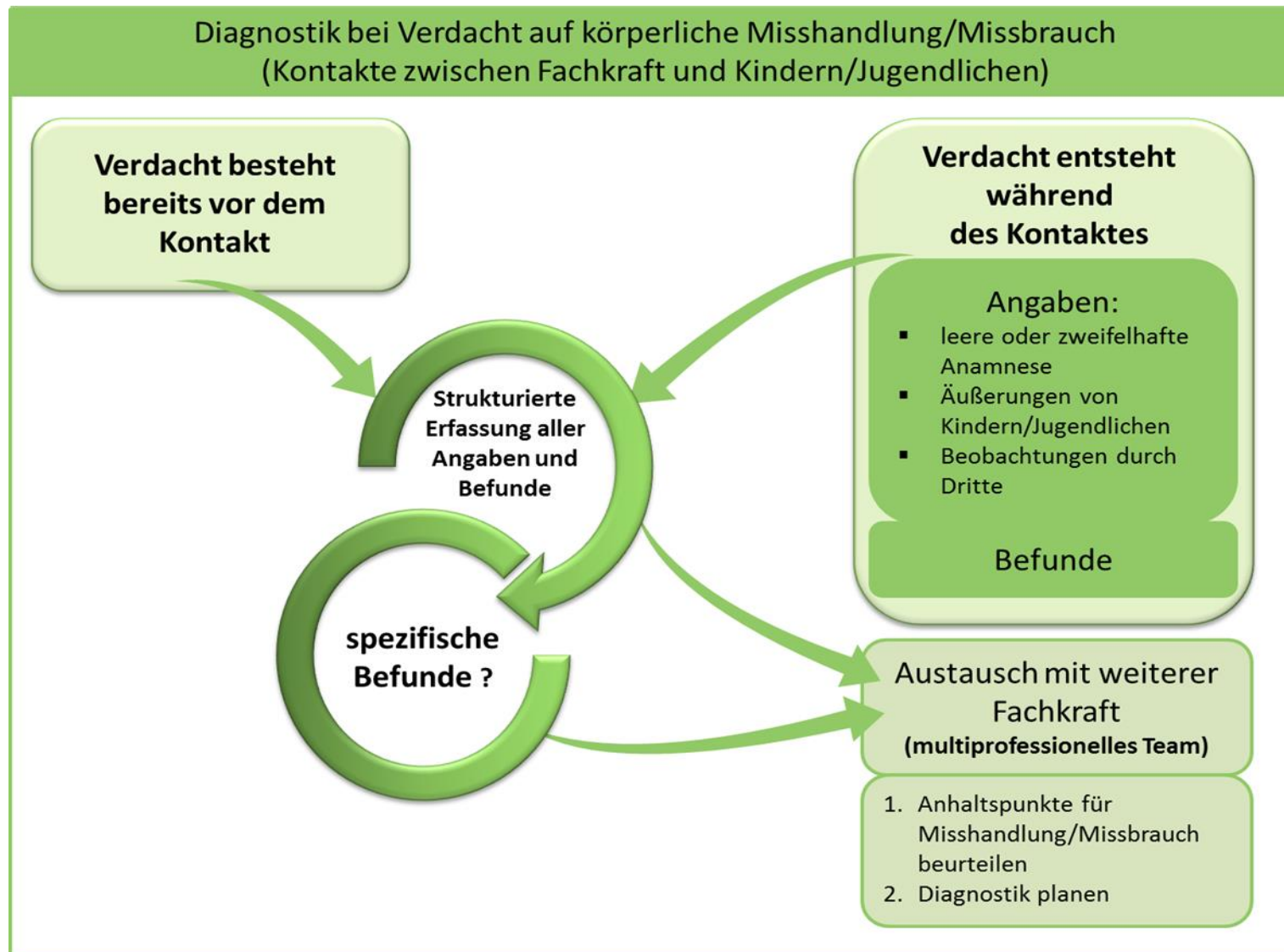


Ziel der Handlungsempfehlungen

- Fachkräfte bei der Diagnostik bei Verdacht auf einer/s Misshandlung/Missbrauches zu unterstützen.
 - strukturierten Erfassung und Durchführung spezieller Diagnostik
 - Benennung verdächtiger und hinweisender Befunde für eine Misshandlung oder einen Missbrauch
 - interdisziplinäre und multiprofessionelle Abklärung

Konsultationsphase

Abb 10 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch



Handlungsempfehlung: Anamnese bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

Nr.61 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

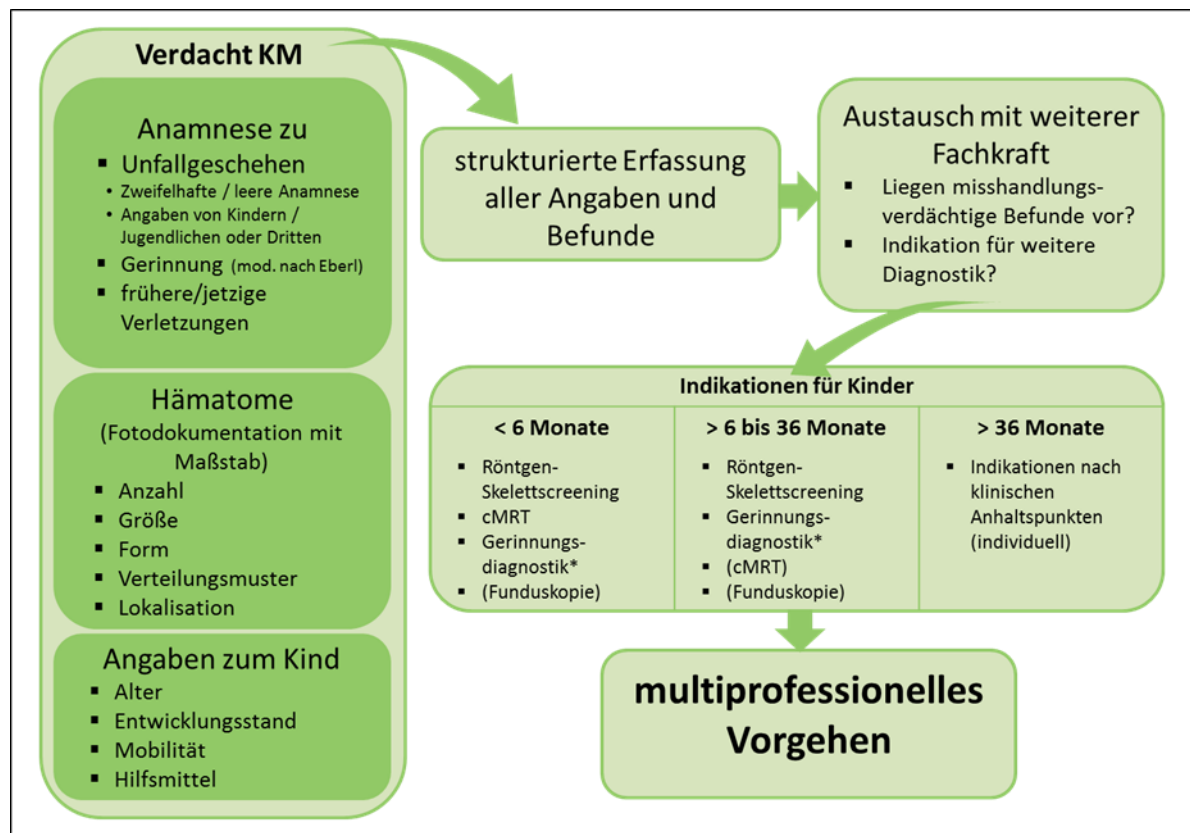
LoE 2+

Empfehlungsgrad B*

Konsultationsphase

4.4.3 Hämatome und thermische Verletzungen

Abb 11 Dokumentation, Diagnostik und Vorgehen bei Hämatomen



***Gerinnungsanamnese und Durchführung eines stufenweisen Labors**

Quick, aPTT, Fibrinogen, Blutbild mit Thrombozytenzahl → bei Auffälligkeiten im Labor, bzw. bei fehlenden nichtakzidentellen Verletzungen → Erweiterung der Labordiagnostik, ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen → Blutgruppe, VWF-Ag, VWF-CB, Faktor XIII, Faktoren VIII und IX (nur bei Jungen)

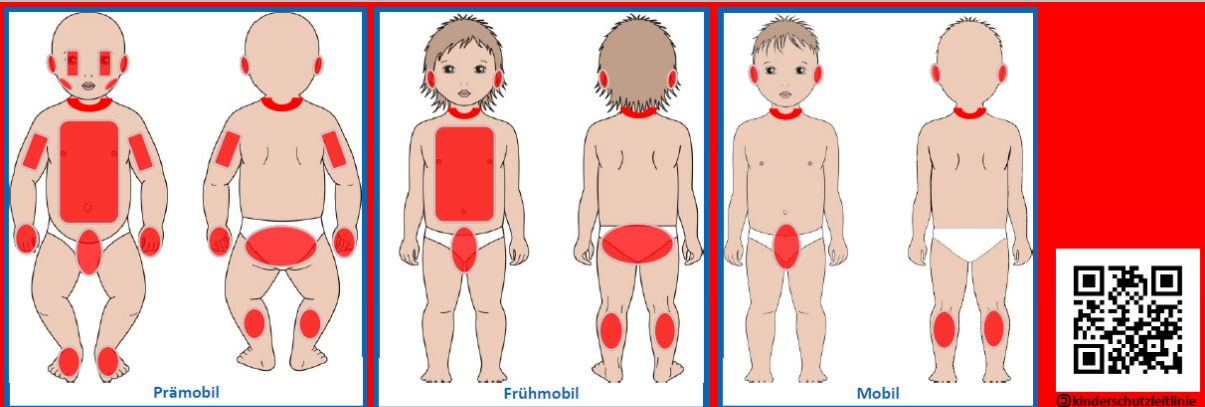
Misshandlungsverdächtige Hämatomen bei Kindern

- 3 geformte Hämatome
- 4 Hämatome, die in Clustern auftreten
- 5 Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten
- 6 Jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling
- 7 Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen
- 8 Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern

Abb 12 Verteilungsmuster von Hämatomen (siehe auch Kitteltaschenkarte Hämatome [Anhang 2](#))

Hotspots von Hämatomen für körperliche Misshandlung

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 Dunstan FD, Z E Guillea, K Kontos, A M Kemp, J R Sibert Arch Dis Child 2002;86:330–333).

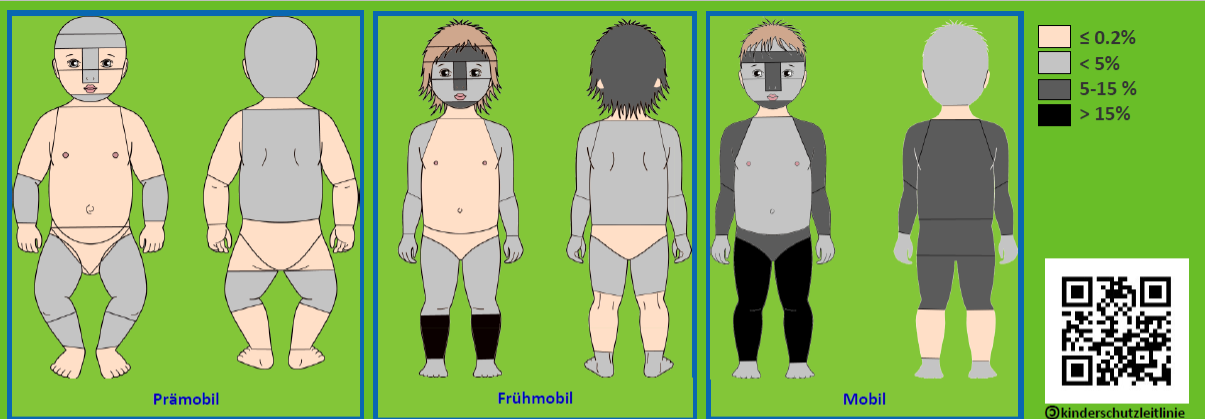


Achtung! Jedes geformte Hämatom ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- 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 **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 AM, et. al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307120).



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.62 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen sollen* zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zum Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden (siehe Abbildung 11 & Abbildung 12).

Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen sollen* einer weitergehenden Diagnostik unterzogen werden.

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.

Weiterhin gehören dazu:

- 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.

Der Ausschluss, beziehungsweise die Feststellung einer körperlichen Misshandlung soll* im multi-professionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe, siehe Nr.15) erfolgen.

Quelle: Anderst 2013, Harper et al. 2014, Kemp et al. 2014b,
LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2013, Maguire et al. 2005

Empfehlungsgrad A*

Nr.63 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen (siehe Nr.62) soll* Folgendes fotografiert, bzw. dokumentiert werden:

- Anzahl, Größe und Verteilungsmuster der Hämatome (Übersicht, Ausschnitt und Detailfotographie unter Zuhilfenahme eines fotomakrographischen 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.

LoE 2++ bis 4 2015, Maguire et al. 2005

Empfehlungsgrad A*

Nr.64 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und misshandlungsverdächtigen Hämatomen sollte* zusätzlich zu Handlungsempfehlung Nr.63 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*

Nr.65 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 6 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen soll* eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen werden und nach okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Nr.82 & Nr. 84) und einer Magnetresonanztomographie (cMRT) des Schädels mit Diffusionswichtung (siehe Nr.72) gesucht werden.

Quelle: Harper et al. 2014, Kemp et al. 2014b

LoE 2+

Empfehlungsgrad A*

Nr.66 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern > 6 bis 36 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen und begründetem Verdacht[#] auf eine körperliche Misshandlung sollen* sowohl Gerinnungsstörungen ausgeschlossen als auch nach weiteren okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Nr.82 & Nr. 84) gesucht werden.

Quelle: Kemp et al. 2014b

LoE 2+

Empfehlungsgrad A*

Nr.67 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 Anamneseerhebung 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*

Thermische Verletzungen



Strukturierte Befunderhebung und (Foto-)Dokumentation bei jeder thermischen Verletzung

(adaptiert (RCPC. 2017e and Maguire, Moynihan, Mann, Potokar, & Kemp, 2008)

- Vorstellungsart des Kindes (Von wem, zu welchem Zeitpunkt und mit welcher Dringlichkeit erfolgt die Vorstellung des Kindes/jugendlichen?)
- Unfallanamnese (Erfassung der Schilderung von Kindern/Jugendlichen selbst, der Begleitung, bzw. 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 (Kemp, Maguire, Lumb, Harris, & Mann, 2014) und haben charakteristische Formen. Die Fotodokumentation mit Maßstab ist obligat.

Tabelle 6 Wahrscheinlichkeit einer nichtakzidentellen Verbrühung/ Verbrennung

Wahrscheinlichkeit einer nichtakzidentellen Verbrühung/ Verbrennung

Quelle: adaptiert (RCPC. 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 Extremität • Kopf, Hals und Rump oder Gesicht 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 • Vernachlässigung/fehlendes Wachstum • widersprüchliche Geschichte im Verlauf 	
Anamnestische	<ul style="list-style-type: none"> • Passiv, introvertiertes, ängstli- 	Zusätzliche Zeichen wie:	

Zeichen	<p>ches Kind</p> <ul style="list-style-type: none"> • vorherige Misshandlung • Häusliche Gewalt • zahlreiche vorherige Verletzungen und Unfälle • Geschwister werden für die Verbrühung verantwortlich gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschmutzung/ Enuresis/ Fehlverhalten • unterschiedliche Angaben • Mangel an elterlicher Sorge • Vorstellung des Kindes erfolgt durch einen Erwachsenen ohne Verwandtschaftsgrad • Kind, das dem Sozialen Dienst bekannt ist
----------------	--	---

Handlungsempfehlungen: Thermische Verletzungen

Nr.68 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Konsens (90%)

Bei Kindern und Jugendlichen soll* der geschilderte Unfallhergang bei jeder thermischen Verletzung dokumentiert werden.

Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verletzungsmuster, soll* von einer unklaren thermischen Verletzung (Verdacht auf eine Kindesmisshandlung) ausgegangen werden.

In diesem Fall sollen* neben der medizinischen Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945[#]) die Meldung an das Jugendamt erfolgen und ggf. die Polizei hinzugezogen werden, um notwendige Ermittlungen zum tatsächlichen Unfallhergang zu ermöglichen.

Quelle: Kemp et al. 2014a; Maguire et al. 2008; Peck et al. 2002

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Nr.69 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (82%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit unklaren thermischen Verletzungen (siehe Nr.68) 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*

Nr.70 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 werden 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 A*

Konsultationsphase

4.4.4 Bildgebende Diagnostik und nichtakzidentelle Verletzungen


- 
 - Durchführung einer strukturierten Diagnostik
 - Indikationen zur bildgebenden Diagnostik bei begründetem Verdacht auf eine Misshandlung
 - Darstellung von Befunden nichtakzidenteller Verletzungen

Abb 13 Kriterien für die Beurteilung von körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch

Ranking	Kriterien zur Definition abuse (Misshandlung/Missbrauch) <i>Criteria used to define abuse*</i>
1	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch eine Fallkonferenz oder ein Zivil- oder Strafgerichtsverfahren oder das Eingeständnis des Täters <i>Abuse confirmed at case conference or civil or criminal court proceedings or admitted by perpetrator*</i>
2	Bestätigung der körperlichen Misshandlung/Missbrauch durch ein multidisziplinäres Team anhand der spezifischen Befunde <i>Abuse confirmed by stated criteria including multidisciplinary assessment†</i>
3	Vorliegen spezifischer Befunde für eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse defined by stated criteria*</i>
4	Behauptung einer körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Abuse stated but no supporting detail given*</i>
5	Verdacht auf eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch <i>Suspected abuse*</i>

Mindestens zwei Fachkräfte (bestenfalls ein multiprofessionelles Team) begründen den Verdacht auf Misshandlung/Missbrauch und stellen die Indikation zur weiteren Diagnostik:

- Gezielte Anamneseerhebung
- körperliche, bzw. auch anogenitale Untersuchung
- bildgebende Diagnostik
- Funduskopie
- Laboruntersuchungen.

Nr.71 Statement

Bei fehlendem Nachweis von Rippenfrakturen im standardisierten Röntgen-Skelettscreening und bei fortbestehendem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung kann die Durchführung einer Skelett-Szintigraphie helfen Rippenfrakturen zu detektieren.

Quelle: Kemp et al. 2006, RCPCH. 2017d

LoE 2++ Statement

Tabelle 7 Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nichtakzidentellen (Schädelhirn)-Trauma

Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nichtakzidentellen (Schädelhirn)-Trauma	
adaptiert (RCPCH. 2017b) and*RCPCH. 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

Abb 14 Diagnostik bei Verdacht auf Nichtakzidentelles Schädelhirntrauma

Diagnostik bei Verdacht auf NASHT	
Anamnese	<p>Strukturierte Anamnese mit Erfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des aktuellen Geschehen ▪ Eigenanamnese (vorheriger Erkrankungen oder Verletzungen) ▪ Familien- und Gerinnungsanamnese ▪ psycho-sozialen Belastungsfaktoren
Körperstatus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sorgfältige körperliche Untersuchung mit Fotodokumentation
Bildgebende Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kernspintomografie (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 Quick, aPTT, Fibrinogen, Blutbild mit Thrombozytenzahl <ul style="list-style-type: none"> ▶ bei Auffälligkeiten im Labor, bzw. bei fehlenden nichtakzidentellen Verletzungen ▶ Erweiterung der Labordiagnostik, ggf. in Rücksprache mit Hämostaseologen ▶ Blutgruppe, VWF-Ag, VWF-CB, Faktor XIII, Faktoren VIII und IX (nur bei Jungen) ▪ Transaminasen, Pankreasenzyme, Creatininkinase, Creatinin ▪ Urin auf organische Säuren ▪ Drogenscreening im Urin

Cave:

Eine cranielle Computertomographie und/oder eine Sonographie des Schädels können die Bildgebung des 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.

Handlungsempfehlungen: Nichtakzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)

Nr.72 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 mit Diffusionswichtung¹ erfolgen.

Zeigen sich bei der Untersuchung weitere Zeichen für eine Misshandlung soll* außerdem eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

¹und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu liegt jedoch keine Evidenz vor.

Quelle: Kemp et al. 2010, Maguire et al. 2009

LoE 2++ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Nr.73 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*

Nr.74 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ergibt die cranielle Computertomographie (cCT) eines Kindes < 24 Monate Hinweise auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung, sollen* eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels mit Diffusionswichtung¹ und eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

¹und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu liegt jedoch nur eingeschränkte Evidenz vor.

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*

Nr.75 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*



Bildgebende Diagnostik bei Verdacht auf nichtakzidentelles (Schädelhirn-)Trauma

- Eine cranielle CT soll nur bei vital bedrohtem 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 Monaten und sollte bei Kindern von 24 bis 36 Monaten erfolgen.
- Bei misshandlungsverdächtigen Befunden soll eine Funduskopie bei Kindern bis 24 Monate erfolgen.

Alle Befunde sollen interdisziplinär ausgewertet werden und danach in Hinblick auf Verdacht auf eine körperliche Misshandlung multiprofessionell diskutiert werden.

Nr.76 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei einem Kind < 24 Monate mit intrakranieller Verletzung und einer Schädelfraktur und bei fehlendem bezeugtem akzidentellen Trauma oder zweifelhafter Anamnese soll* dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Quelle: RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Nr.77 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*

Nr.78 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern mit subduraler Blutung, insbesondere mit dem Nachweis mehrerer subduraler Blutungen und/oder mit Zeichen einer Ischämie und/oder einem Hirnödem in der Bildgebung des zentralen Nervensystems und bei fehlendem bezeugtem akzidentellen Trauma oder zweifelhafter Anamnese soll dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Bei Kindern im Alter < 12 Monate mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma sind diese Verletzungen schwerwiegend und haben eine hohe Sterblichkeitsrate.

Quelle: Piteau et al. 2012, Roach et al. 2014, RCPCH. 2017b

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Nr.79 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*

Nr.80 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit der Kombination von 2 oder mehr der folgenden Merkmale:

- zweifelhafte Anamnese
- subdurale Blutung
- cerebrale Ischämie
- Schädelfraktur mit oder ohne intrakranieller 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 zweifelhafte Anamnese oder keine andere Erkrankung vor, sollte* neben der Untersuchung der Augen auch die entsprechende radiologische Untersuchung durchgeführt.

Quelle: Piteau et al. 2012; RCPCH. 2017b; RCPCH. 2017d

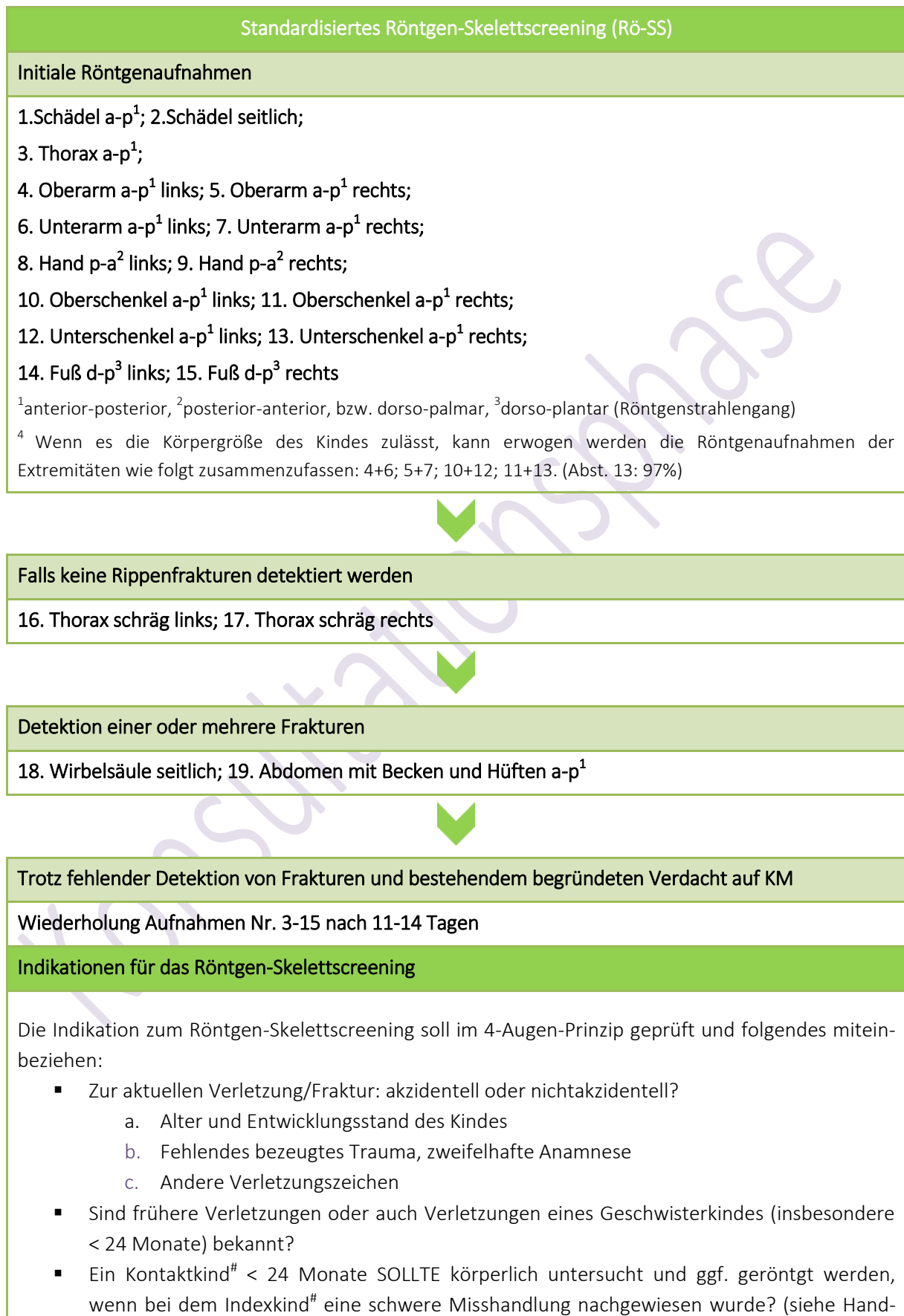
LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Konf

Röntgen-Skelettscreening (Rö-SS) (Abb 21) und Frakturen

Abb 15 Standardisiertes Röntgen-Skelettscreening mit Indikationen und weiterem diagnostischen Vorgehen



lungsempfehlung Nr.128)

Überlegungen:

Bei Kindern bis 24 Monate und einer Fraktur SOLL (bei Kindern von 25 bis 36 Monaten SOLLTE) ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden:

- Bei bestätigter Misshandlung, bzw. bei Vorliegen eines begründeten Verdacht auf eine Misshandlung
- Verletzungsgeschichte in Zusammenhang mit Häuslicher Gewalt
- Verspätete Vorstellung des Kindes mit offensichtlichen Stress aufgrund der Fraktur
- Bei Erkennen zusätzlicher Verletzungen bei der körperlichen Untersuchung (wie misshandlungsverdächtige Hämatome, Verbrühungen/Verbrennungen)
- Bei zweifelhafter oder fehlender Anamnese

Ausnahmen:

Bei Auftreten einer distalen Unterarm- und Unterschenkelfrakturen bei mobilen Kinder (> 9-12 Monate) mit fehlender Anamnese oder auch angegebenen Stürzen aus geringer Höhe ist ein akzidentelles Trauma wie z.B. eine toddler's-fracture in Betracht zu ziehen.

Vorgehen bei fehlendem bezeugten akzidentellen Trauma oder zweifelhafter Anamnese bei Kindern mit Frakturen:

Art der Fraktur	EG*	Alter der Kinder	Diagnostik und strukturierte Abklärung nach OPS 1-945	
mehrere Frakturen	A	0 -18 Jahre	Röntgen-Skelettscreening	
Schädelfraktur mit intrakranieller Beteiligung	A	bis 24 Monate		Funduskopie, cMRT
komplexe Schädelfraktur/en	B	< 48 Monate		Funduskopie
Rippenfraktur/en *	A	< 18 Monate		Funduskopie, cMRT
	B	< 48 Monate		Funduskopie
metaphysäre Frakturen*	A	< 18 Monate		Funduskopie, cMRT
Humerusfraktur*	A	< 18 Monate		
Femurfraktur*	A	< 18 Monate		
Unterarmfraktur	B	< 18 Monate		
Unterschenkelfraktur	B	< 18 Monate		

*Empfehlungsgrad

Tabelle 8 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.81 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 des Befundes der oben beschriebenen Einzelaufnahmen sollen* weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt werden:

A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, sollen* 16. Thorax schräg links; 17. Thorax schräg rechts erfolgen

B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, sollen* 18. Wirbelsäule seitlich; 19. Abdomen mit 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. (Abst. 13: 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*

Nr.82 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter 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*

Nr.83 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*

Nr.84 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*

Nr.85 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*

Nr.86 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen soll* bei einem Mehrling eines körperlich misshandelten Kindes < 24 Monate durchgeführt werden.

Quelle: Maguire et al. 2013, RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Handlungsempfehlungen: Frakturen

Nr.87 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Frakturen sollte bei der Beurteilung eines Verdachts auf eine körperliche Misshandlung das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.

Quelle: Kemp et al. 2006, Kemp et al. 2008, RCPCH. 2017d

LoE 2++



Empfehlungsgrad B*

Nr.88 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern mit **mehreren Frakturen** und fehlendem bezeugtem akzidentellen Trauma oder mit zweifelhafter Anamnese soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung nachgegangen werden.

Dazu gehört 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*

Nr.89 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (97%)

Bei **Kindern < 48 Monate** mit einer **Schädelfraktur ohne intrakranielle Verletzungen** und bei fehlendem bezeugtem akzidentellen Trauma oder zweifelhafter Anamnese sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung, inklusive Dokumentation von Frakturanzahl und Frakturtyp, nachgegangen werden.

Dazu gehört die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und das Vorgehen nach OPS 1-945.

Bei **mehreren und/oder komplizierten Schädelfrakturen** ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache erhöht.

Quelle: Kemp et al.2008, RCPCH. 2017b,RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Nr.90 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, sollte* 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*

Nr.91 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 soll* 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*

Nr.92 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Bei **Kindern < 18 Monate** mit einer **Humerusfraktur** soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelle Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, soll* 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*

Nr.93 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, sollte* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Nr.94 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 zweifelhafte Anamnese vor, soll* 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*

Nr.95 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 zweifelhafte Anamnese vor, sollte* ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Nr.96 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 zweifelhafte Anamnese vor, sollte* 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*

Nr.97 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (100%)

Liegt bei Kindern mit einer **Wirbelsäulenverletzung** kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafter Anamnese vor, soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Dabei soll* die Indikation für ein standardisiertes Röntgen- Skelett-Screening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung soll* neben der Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule auch ein Magnetresonanztomographie des Schädels durchgeführt werden.

Quelle: Kemp et al. 2010

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Nr.98 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (97%)

Liegt bei Kindern mit einer **Beckenfraktur** kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafter Anamnese vor, soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und einem sexuellen Missbrauch als Ursache nachgegangen werden. Dabei soll* die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelett-Screening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Quelle: RCPCH. 2017d

LoE 2++

Empfehlungsgrad B*

Handlungsempfehlungen: viszerale Verletzungen

Nr.99 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern < 48 Monate mit inneren Verletzungen wie duodenalen, Leber-, Pankreas- und/oder intrathorakalen Verletzungen soll* eine misshandlungsbedingte Ursache bei fehlendem akzidentellen Trauma dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden; dies gilt auch bei fehlenden Bauchwandhämatomen.

Quelle: Maguire et al. 2013

LoE 2++

Empfehlungsgrad A*

Konsultationsphase

4.4.5 Untersuchung der Augen

Abb 16 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.) (Dokumentation mit der 'RetCam' möglich)
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 finden sich im RCPCH. 2017c.

Abb 17 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

Handlungsempfehlungen: Untersuchung der Augen

Nr.79 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*

Nr.100 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Die Untersuchung der Augen soll* beidseitig, indirekt durch die erweiterte Pupille und standardisiert durch eine/n 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*

Nr.101 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 4 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*

Nr.102 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*

Konsultationsspi

4.4.6 Differentialdiagnosen



Durchführung einer sorgfältigen Anamnese und Diagnostik bei jedem Verdacht auf eine Misshandlung, einen Missbrauch und eine Vernachlässigung.

Handlungsempfehlungen: Differentialdiagnosen

Nr.103 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Konsens (88%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer körperlichen Misshandlung[#] sollte* keine weitergehende Diagnostik zum Ausschluss von Krankheiten erfolgen, die eine Kindesmisshandlung imitieren können.</p>	
<p>Quelle: Pereira et al. 2015, Scholl-Burgi et al. 2016; Vester et al. 2015; Zarate et al. 2016</p>	
LoE 2- bis 4	Empfehlungsgrad B*
Nr.104 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>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</p>	
<p>Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018; Metz et al. 2014, Pereira et al. 2015; Scholl-Burgi et al. 2016</p>	
LoE 2+ bis 4	Empfehlungsgrad B*
Nr.105 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung	Starker Konsens (100%)
<p>Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung[#] sollten* folgende Erkrankungen differentialdiagnostisch berücksichtigt werden:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 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 	
<p>Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 50.000-100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.</p>	
<p>Die differentialdiagnostische Berücksichtigung sollte* nach folgenden Kriterien erfolgen:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigen- und Familienanamnese ▪ körperliche und neurologische Untersuchung ▪ Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe Nr.82 & 84) 	

- Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall zu Fall Entscheidung von mindestens 2 Ärzten/innen

Sind die aufgeführten Untersuchungen unauffällig, sind die genannten Erkrankungen nahezu ausgeschlossen.

Ist eine der aufgeführten Untersuchungen auffällig oder besteht weiterhin der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung sollten* weitere Untersuchungen erfolgen (siehe Nr.106).

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro.2018, Metz et al.

LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

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 Untersuchungen im Rahmen der Differentialdiagnostik durchgeführt werden (siehe Nr.105):

- 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*

Nr.107 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 Handlungsempfehlungen Nr.105 oder Nr.196 entsprechende medizinische Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018; Metz et al.

LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

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 Handlungsempfehlung Nr.109 entsprechende Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018; Metz et al.

LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Nr.109 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Kopfverletzung mit intrakranieller Beteiligung sollten* folgende Erkrankungen als Differentialdiagnose erwogen werden:

1. Glutarazidurie Typ I
2. Methylmalonazidurie und Homocystinurie Typ cbIC
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.100)
- Laboruntersuchungen aus Handlungsempfehlung Nr.106 und zusätzlich
 - im Serum: Homocystein, Gerinnungssanalyse (global Tests, Faktor Analyse, Plättchen Funktionsteste) - 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.82 & Nr.84)

Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall zu Fall Entscheidung von mindestens 2 Ärzten/innen

Quelle: AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018; Metz et al.
LoE 2+ bis 3 2014

Empfehlungsgrad B*

Nr.110 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 Kinderschutz Erfahrung) hinzugezogen werden.

Quelle: Metz et al. 2014

LoE 2+

Empfehlungsgrad B*

Konsultationsphase

4.4.7 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

i **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.

Die Abbildung zeigt den Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch und setzt diesen in zeitlichen Zusammenhang.

Abbildung 18 Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch			
Liegt ein Ereignis mit oder ohne körperlich-sexuellen Übergriff* vor?			
Untersuchung	Zeit zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff		
	<24 Stunden	24 Stunden bis 7 Tage	>7 Tage
Ganzkörperuntersuchung	Soll	Soll	Soll
ausführlichen Anamnese [#]	Soll	Soll	Soll
strukturierte Anamnese**	Soll	Sollte	Sollte
Anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops	Soll	Sollte	Kann
Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger	Soll	Sollte	Sollte
Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)	Soll	Sollte	Sollte
Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)	Soll	Sollte	Sollte (betrifft nur Kleidung, Bettwäsche, etc.)
Forensisches Interview (4 - 18 Jahre)	>24 Std.	Sollte	Sollte
Feststellung psychischer Status	>24 Std.	Sollte	Sollte



Für jeden Einzelfall: Prüfung durch ein multiprofessionelles Team	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops ▪ Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger ▪ Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter) ▪ Spurensuche (DNA, Samen, Sperma) ▪ Forensisches Interview (4 - 18 Jahre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Welches Ereignis liegt vor? • Notwendigkeit & Relevanz • Bestimmung Zeitpunkt & Reihenfolge

- Feststellung des psychischen Status



Zur Beachtung: Einverständnis!

Keine Untersuchung erfolgt gegen den Willen und ohne das Einverständnis von Kindern und Jugendlichen

Das Einverständnis der Personensorgeberechtigten muss schriftlich vorliegen.***



Auswertung aller Befunde

Ist eine Bestätigung oder eine Entkräftung des Verdachtsfalles möglich?

Sind weitere Untersuchungen notwendig und möglich?

*Kriterien für einen körperlich- sexuellen Übergriff

- Kontakt mit den Genitalien, Samen, Blut, oder Speichel des Täters/in
- stattgehabter Kampf, der Haut oder Blut des/r 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)

Handlungsempfehlungen: Sexueller Missbrauch

Nr.111 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Alle Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollen* geschlechts- und entwicklungspezifisch untersucht werden.

Keine Untersuchung soll* gegen den Willen des/r 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. 24).

Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese# sollen* ein/e

- 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

erfolgen.

Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen sollen* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden.

Die Ergebnisse aller Untersuchungen sollen* gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

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

LoE 2+ bis 3



Empfehlungsgrad A*

Nr.112 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit körperlich-sexuellem Übergriff und einer schwerwiegend 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*

Nr.113 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei **Mädchen** mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anale und kindergynäkologische Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in 4 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 3 Position 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*

Konsultation

Nr.114 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* die anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine 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.111).

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

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 soll* eine strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE, siehe Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe Nr.122) durchgeführt werden.

Quelle: Adams et al. 2018

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Nr.115 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 soll* eine strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE, siehe Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe Nr.122) 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;

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad A*

Nr.116 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.115), sollte* eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung möglichst zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal 7 Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

Im Rahmen dieser Vorstellung sollte* die strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE, siehe Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), Schwangerschaftstest (siehe Nr.122) und das Forensische Interview (4-18 Jahre) durchgeführt werden (siehe Abb 17).

Quelle: Adams et al. 2015; Hornor et al. 2012; Watkeys et al.

LoE 2+ bis 3 2008

Empfehlungsgrad B*

Nr.117 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr.115 & Nr.116) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, sollte* eine anogenitale, bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch Nr.111).

Quelle: Hobbs et al. 2014

LoE 2+ bis 3

Empfehlungsgrad B*

Nr.118 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (90%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr.115 bis 117), sollte* die strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P, s. Anhang 2), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe Nr.122) auch nach einer Woche bis mehreren Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt werden und ein Forensisches Interview (4-18 Jahre) angeboten werden

Quelle: Hornor et al. 2012

LoE 3

Empfehlungsgrad B*

Nr.119 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kinder und Jugendliche nach körperlich-sexuellen 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.

LoE 2++ bis 4 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*

Nr.120 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 Fachärzte/ärztinnen, Virologen/innen oder Infektiologen/innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.

Quelle: Adams et al. 2018

**Referenz-
Leitlinie**

Empfehlungsgrad A*

Nr.121 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit dem Nachweis einer sexuell übertragbaren Erkrankung unklarer Genese soll* dem Verdacht auf einen sexueller Missbrauch (einschließlich Handel mit und Ausbeutung von Kindern) nachgegangen werden (siehe Nr.111 bis Nr.119).

Quelle: Adams et al.2015/2018; Crawford-Jakubiak et al.2015;

LoE 1+ Brayley-Morris et al. 2015

Empfehlungsgrad A*

Nr.122 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Bei Mädchen im gebärfähigen Alter mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einem 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*

Nr.123 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (93%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch soll* in Abhängigkeit des Zeitraums zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen:

bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe Nr.115 bis 117):

- 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*

Nr.124 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*

Nr.125 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollte* 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*

Nr.126 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch oder weiteren Formen der Kindeswohlgefährdung[#] sollte* ein sexualisiertes Verhalten entsprechend des Alters, des Geschlechts und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden.

Evidenz für die Einschätzung von sexualisierten Verhalten liegt bei Kindern von 2 bis 6 Jahren vor (Beispiele sind in Referenz-Leitlinie Kellogg et al. 2009 beschrieben)

Quelle: Kellogg et al. 2009

Referenz-
Leitlinie

Empfehlungsgrad B*

Konsultationsphase

4.5 Geschwisterkinder



Definitionen

Indexpatient: Der Indexpatient ist das Kind, das zuerst im System mit Verdacht auf oder mit einer bestätigten Kindeswohlgefährdung[#] vorgestellt wird.

Kontaktkind: Kontaktkinder (0-18 Jahre) sind Geschwister, Halb-/ Stief- oder Adoptivgeschwister, sonstige Verwandte, Kinder, die in demselben Haushalt, in dem die (mutmaßliche) Kindeswohlgefährdung[#] des Indexpatienten[#] stattfand, leben.



Fachkräfte sollen auch an die Kontaktkinder[#] denken!

Handlungsempfehlungen: Geschwisterkinder

Nr.127 KKP mit Plausibilitätsnachweis

Starker Konsens (96%)

Bei Kontaktkindern[#] eines Indexpatienten[#] mit Kindeswohlgefährdung¹ sollte* dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung[#] nachgegangen werden. Die Einschätzung sollte* im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) erfolgen.

¹(Kriterium 1-3 Sicherung der Diagnose KWG)

Quelle: Ellaway et al. 2004; Hamilton-Giachritsis et al. 2005; Lang et al. 2013; Lindberg et al. 2012; Lindberg et al. 2013
LoE 2++ bis 2+

Empfehlungsgrad B*

Nr.128 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 Kontaktkindern[#] < 24 Monate sind, sollte* ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden. (siehe Nr.82 & Nr. 84 und Abb 14)

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*

Nr.129 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*

Konsultationsphase

4.6 Intervention für Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung

Dieses Kapitel befasst sich mit Interventionen für die misshandelnden, vernachlässigenden oder missbrauchenden Personensorgeberechtigte oder Bezugspersonen. Das Ziel der Intervention ist dabei die Vermeidung weiterer Kindeswohlgefährdungen[#], sowie der Schutz der Kinder und Jugendlichen durch u.a. eine Verbesserung des Erziehungs- und Förderkompetenzen des/der Täters*in.



Definition

Täter/in

Misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen

Mitwisser/in

Jemand, der von einer Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch eines Kindes/Jugendlichen Kenntnis hat. Dabei kann unterschieden werden, ob der/die Mitwisser/in nach Kenntnis der Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch, dem Kind/Jugendlichen unmittelbar oder im Verlauf geholfen hat oder nicht.

Handlungsempfehlungen: Intervention für Eltern*

Nr.130 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100%)

Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen als Täter/innen¹ sollen* Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung angeboten werden.

Belastbare Evidenz liegt für Einzelmaßnahmen wie parent-child interaction therapy vor.

¹misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen

Quelle: Barlow et al. 2006, Chaffin et al. 2011

LoE 1++ bis

1+

Empfehlungsgrad A*

Nr.131 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (94%)

Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/Bezugsperson zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung sollen* durch einen theoretischen Ansatz geprägt sein, der sich mit den Fragestellungen kindeswohlgefährdenden[#] Verhaltens der Personensorgeberechtigte/Bezugsperson¹ auseinandersetzt (z.B. Motivation der Personensorgeberechtigten/Bezugsperson stärken, gefolgt von Eltern-Kind-Interaktion).

¹misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen

Quelle: Barlow et al. 2006, Berg & Jones 1999, Chaffin et al.
LoE 1++ bis 3 2011

Empfehlungsgrad A*

Nr.132 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (97%)

Die Therapie, Behandlung oder Einbindung der/dem Personensorgeberechtigten/Bezugsperson¹ soll* gezielt der Art der stattgehabten Kindeswohlgefährdung[#] 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 Bezugsperson

Quelle: Barlow et al. 2006, Chaffin et al. 2011, Chaffin et al.
LoE 1++ bis 3 2012, Moss et al. 2011, Mullins et al. 2005, Runyon et al.
2010, Stronach et al. 2013

Empfehlungsgrad A*

Nr.133 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Konsens (87%)

Bei Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen¹ zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung sollten* Kinder und Jugendliche in dem Maße einbezogen werden, soweit sie dem zustimmen.

¹misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigten und Bezugsperson

Quelle: Moss et al. 2013, Runyon et al. 2010
LoE 1+ bis 1-

Empfehlungsgrad B*

5 Ausblick

5.1 Gültigkeit und Update

Die Leitlinie ist bis zum Januar 2024 gültig.

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 sehr hoch in allen Versorgungsbereichen 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 andere Kinderschutzpartner/innen.

Ein großer Forschungsbedarf besteht für Studien mit langfristigen Outcomes, um eingeleitete Maßnahmen auch über einen Zeitraum bis zu 10 Jahren zu verfolgen. Das Thema Partizipation von Kinder und Jugendlichen als auch ihrer Eltern und Personensorgeberechtigten am und im Kinderschutzverfahren wäre dafür beispielhaft.

Danksagung

Das Kinderschutzleitlinienbüro dankt:

Dem Gesundheitsministerium für seine Förderung und die Unterstützung durch Ihre Mitarbeiter/innen.

Der Universität Bonn und dem Universitätsklinikum Bonn für Ihre Unterstützung.

Den Bundesministerien und Bundesbeauftragten, den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen.

Der AWMF und insbesondere Frau Prof. Ina Kopp für die Ihre Unterstützung, Beratung und Moderation der Konsensuskonferenz.

Allen Mandatsträgern/innen, Experten/innen und Beteiligten der Leitlinie für ihren großen und überwiegend ehrenamtlichen Einsatz für die Erstellung der Leitlinie.

Konsultationsphase

Referenzen

- Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.12.011>
- Adamsbaum, C., Grabar, S., Mejean, N., & Rey-Salmon, C. (2010). Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*, 126(3), 546–555. <https://doi.org/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.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2017). Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent*, 15(6), 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. *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*. Retrieved from <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>
- Anderson, G. D., Anderson, J. N., & Gilgun, J. F. (2014). The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(6), 615–634. <https://doi.org/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. Retrieved from <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>
- Badger, G. J. (1986). Caries Incidence in child abuse and neglect. *Pediatric Dentistry*, 8, 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. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD005463. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005463.pub2>
- Barlow, J. (2012). Child maltreatment during infancy: Atypical parent–infant relationships. *Paediatrics and Child Health*, 22(11), 465–469. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2012.06.006>
- Benia, L. R., Hauck-Filho, N., Dillenburg, M., & Stein, L. M. (2015). The NICHD Investigative Interview Protocol: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(3), 259–279. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006749>
- Bennett, S. (2008). Suspected abusive head trauma: Guidelines for a multidisciplinary approach. *Paediatr Child Health*, 13(2).
- Berrick, J. D., Dickens, J., Pösö, T., & Skivenes, M. (2015). Children's involvement in care order decision-making: A cross-country analysis. *Child Abuse & Neglect*, 49, 128–141. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.001>

- Bhardwaj, G., Chowdhury, V., Jacobs, M. B., Moran, K. T., Martin, F. J., & Coroneo, M. T. (2010). A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology*, *117*(5), 983-992.e17. <https://doi.org/10.1016/j.opthta.2009.09.040>
- Bhatia, S. K., Maguire, S. A., Chadwick, B. L., Hunter, M. L., Harris, J. C., Tempest, V., . . . Kemp, A. M. (2014). Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *Journal of Dentistry*, *42*(3), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.10.010>
- Bidlingmaier, C., Eberl, W., Knöfler, R., & Kurnik, K. (2016). Präoperative Gerinnungsdiagnostik bei Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *164*(5), 407–420. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0075-1>
- Binenbaum, G., Chen, W., Huang, J., Ying, G.-S., & Forbes, B. J. (2016). The natural history of retinal hemorrhage in pediatric head trauma. *Journal of AAPOS : the Official Publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, *20*(2), 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2015.12.008>
- Brauckhoff, G., & et al. (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47: Mundgesundheit*. Berlin.
- Bremer, V., Ulrich Marcus, U., & Hamouda, O. *Weiterer Anstieg der gemeldeten Syphilisfälle im Jahr 2012*. Retrieved from https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2a hUKEwj- iavK8vbdAhWliqYKHSpBDNIQFjABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FInfAZ%2FS%2FSyphilis%2FSyphilis_1971_2005%2FPowerPoints%2FSYPH_Deutschland_2013.pdf%3F__blob%3DpublicationFile&usg=AOvVaw3FN8dCJOVuXY8tXJxaR8z9
- Bright, M. A., Alford, S. M., Hinojosa, M. S., Knapp, C., & Fernandez-Baca, D. E. (2015). Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *43*(3), 193–199. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12137>
- BROCKINGTON, I. A.N., 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. *World Psychiatry*, *10*(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x>
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(1), 113–120. <https://doi.org/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*. Frankfurt am Main.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend. Übereinkommen über die Rechte des Kindes.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, & Frauen und Jugend. *Kinder- und Jugendhilfe: 5.Auflage, August 2014*.
- Burger, K. (2018). The subjective importance of children's participation rights: A discrimination perspective. *The American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ort0000343>

- BZgA und Robert Koch Institut. Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2008.
- Campbell, A. M., & Hibbard, R. (2014). More than words: the emotional maltreatment of children. *Pediatric Clinics of North America*, 61(5), 959–970. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.004>
- Campbell, K. A., Squires, J., Cook, L. J., & Berger, R. P. (2009). Disparities in the medical examination of children in the home of a child with suspected physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 612–617. <https://doi.org/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. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 1241–1246.
- Canfield, M., Radcliffe, P., Marlow, S., Boreham, M., & Gilchrist, G. (2017). Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child Abuse & Neglect*, 70, 11–27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.005>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018a). CDC - Page Not Found. Retrieved from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html><http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018b). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017*. Atlanta. Retrieved from U.S. Department of Health and Human Services website: <https://www.cdc.gov/std/stats>
- Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 84–95. <https://doi.org/10.1037/a0021227>
- Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F., & Beasley, W. H. (2012). A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services. *Pediatrics*, 129(3), 509–515. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1840>
- Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., . . . Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500–510. <https://doi.org/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 [Children of mentally ill parents : Also a topic in the context of child protection]. *Der Nervenarzt*. Advance online publication. <https://doi.org/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. *British Dental Journal*, 224(9), 717–725. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.349>
- Cornelius, J. R., Clark, D. B., Weyant, R., Bretz, W., Corby, P., Mezzich, A., & Kirisci, L. (2004). Dental abnormalities in children of fathers with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 29(5), 979–982. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.02.046>
- Cossar, J., Brandon, M., & Jordan, P. (2016). 'You've got to trust her and she's got to trust you': Children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work*, 21(1), 103–112. <https://doi.org/10.1111/cfs.12115>

- Crouch, E., Radcliff, E., Nelson, J., Strompolis, M., & Martin, A. (2018). The experience of adverse childhood experiences and dental care in childhood. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(5), 442–448. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12389>
- Dawe, S., Harnett, P., & Frye S. (2008). Improving outcomes for children living in families with parental substance misues: What do we know and what sound we do. *Child Abuse Prevention Issues*. (29), 1–14. Retrieved from <http://www.aifs.gov.au/nch/pubs/issues/issues29/issues29.html>
- Deegener, G., & Körner, W. (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*: Hogrefe.
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing post-partum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- DePrince, A. P., Chu, A. T., Labus, J., Shirk, S. R., & Potter, C. (2015). Testing two approaches to revictimization prevention among adolescent girls in the child welfare system. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(2 Suppl 2), S33-9. <https://doi.org/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. Retrieved from <https://www.agj.de/positionen/2009-2011.html>
- 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>.
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, & Ärzteblatt, R. D. 1,8 Millionen Alkoholabhängige in Deutschland. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57160/1-8-Millionen-Alkoholabhaengige-in-Deutschland>
- DGKiM und GKinD. (2018). OPS 1.945 wird erlöswirksam! - Pressemitteilung vom 25.02.2018. Retrieved from <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>
- Diderich, H. M., Dechesne, M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Klein Velderman, M., . . . Oudesluys-Murphy, A. M. (2014). Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 38(11), 1822–1831. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.016>
- Die Drogenbeauftragte der bundesregierung. *10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien*.
- Die Drogenbeauftragte, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2016). *S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ – Leitlinienreport, 1. Auflage. Version 1*. Retrieved from www.crystal-meth.aeqz.de.
- DIMDI. OPS. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/index.html>
- Dressler DP, H. J. L. (2011). Thermal injury and child abuse: the medical evidence dilemma. *J Burn Care Rehabil*. (22), 180–185.
- Duda, J. G., Biss, S. P., Bertoli, Fernanda Mara de Paiva, Bruzamolin, C. D., Pizzatto, E., Souza, J. F., & Losso, E. M. (2017). Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 27(3), 210–216. <https://doi.org/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? *Archives of Disease in Childhood*, *89*(9), 845–846. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.035493>
- EuropeanEuropäisches Parlament. (2011). 28 September 2011 - Sexual orientation and gender identity at the UN Human Rights Council. Retrieved from <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//EN>
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*, *15*, 1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>
- Eyberg, S. (1988). Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, *10*(1), 33–46. https://doi.org/10.1300/J019v10n01_04
- Familienministerkonferenz und der Kommunalen Spitzenverbände. (2007). 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.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, *36*(2), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T., & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babylosse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité [Evaluation of the Babylosse-Plus screening form : Evaluation of a simple instrument to systematically identify parents of newborns with severe psychosocial stress at Charité Berlin]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1300–1309. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5>
- Fischer, J., Buchholz, T., & Merten, R. (Eds.). (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. *Pediatrics*, *140*(2), 1–5.
- Franke, I. (2013, November 29). Beim Kinderschutz ist viel passiert. *Deutsches Ärzteblatt*.
- 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. *Child Abuse & Neglect*, *24*(11), 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*. Köln.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Methodenbewertung Früerkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen: Pressemitteilung vom 18.Juni 2015, 2015.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2008). *Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Verdacht auf Kindesmisshandlung*. Retrieved from http://www.kbv.de/media/sp/2008_02_21_Kinder_Misshandlung_BAnz.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Kinderuntersuchungsheft*.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (update 2003). Abhängigkeit [Stichwort: WHO_sucht]. Retrieved from 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
- GMK. (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. *Child Abuse & Neglect, 31*(9), 919–933. <https://doi.org/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. *Pediatric Dentistry, 16*(1), 41–45.
- Greene P & Chisick M.C. (1995). Greene_und_Chisick_1995: Child abuse/neglect and the oral health of children's Primary Dentition. *Military Medicine, 160*(6), 290–293.
- Gunn, J., Hegarty, K., Nagle, C., Della Forster, Brown, S., & Lumley, J. (2006). Putting woman-centered care into practice: a new (ANEW) approach to psychosocial risk assessment during pregnancy. *Birth (Berkeley, Calif.), 33*(1), 46–55. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00073.x>
- Haack, M., Alemi, F., Nemes, S., & Cohen, H. J. B. (2005). Experience with Family Drug Courts in Three Cities. *Substance Abuse, 25*(4), 17–25. https://doi.org/10.1300/J465v25n04_03
- Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 35. <https://doi.org/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? *Int J Paediatr Dent, 18*(1), 27–34.
- Hamilton-Giachritsis, C. E., & Browne, K. D. (2005). A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 19*(4), 619–624. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.4.619>
- Harris, J. C. (2018). The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Archives of Disease in Childhood, 103*(8), 722–729. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313173>
- Harris, J. C., Balmer, R. C., & Sidebotham, P. D. (2009). British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x>
- Hartung, B., Schaper, J., Fischer, K., & Ritz-Timme, S. (2018). Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. *International Journal of Legal Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00414-018-1938-x>
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Arzteblatt International, 108*(17), 287–294. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0287>
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., & und Marc Schmid, Binia Roth. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit Und Entwicklung, 25*(2), 89–99. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000193>

- Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen. (2016). *Kindesmisshandlung*. 3. Auflage: Springer Verlag Berlin Heidelberg. Retrieved from https://books.google.de/books?id=t1_UDAAAQBAJ&pg=PA72&lpg=PA72&dq=innere+verletzung+kindesmisshandlung&source=bl&ots=PAKc9eliLd&sig=jdeDIKiIBs9G3-S547uKWwFlums&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEWjt69Sr8f3dAhUBliwKHZ3mAPoQ6AEWBXoECAIQAAQ#v=onepage&q=innere%20verletzung%20kindesmisshandlung&f=false
- Hershkowitz, I., Lamb, M. E., & Katz, C. (2014). Allegation rates in forensic child abuse investigations: Comparing the revised and standard NICHD protocols. *Psychology, Public Policy, and Law*, 20(3), 336–344. <https://doi.org/10.1037/a0037391>
- Hoytema van Konijnenburg, Eva M M, Diderich, H. M., Teeuw, A. H., Klein Velderman, M., Oudesluis-Murphy, A. M., & 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. *Child Abuse & Neglect*, 53, 81–94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.012>
- Hunter, C. (2014). Effects of child abuse and neglect for adult survivors. Retrieved from <https://aifs.gov.au/cfca/publications/effects-child-abuse-and-neglect-adult-survivors>
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. *Multiprofessionelle Inhouse-Fortbildung für regionale Netzwerke Frühe Hilfen: Kinderschutz und Kooperation der Institutionen*. Frankfurt am Main.
- Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G. M., Giglia, L., . . . McDonald, S. D. (2016). Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 826–837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>
- Jessee, S. A. (1993). The neglect of our youth: a dental perspective. *ASDC J Dent Child*, 60(4), 361–364.
- Kahn, R. S., Brandt, D., & Whitaker, R. C. (2004). Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 721–729. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.721>
- Keene, E. J., Skelton, R., Day, P. F., Munyombwe, T., & Balmer, R. C. (2015). The dental health of children subject to a child protection plan. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 25(6), 428–435. <https://doi.org/10.1111/ipd.12149>
- Kelly, L., Hagemann-White, C., Meysen, T., & Römken, R. (2011). *Realising rights: Case studies on state responses to violence against women and children in Europe*. 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. *Archives of Disease in Childhood*, 95(5), 355–360. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.169110>
- Kemp, A. M., Maguire, S. A., Lumb, R. C., Harris, S. M., & Mann, M. K. (2014). Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*, 23(1), 35–47. <https://doi.org/10.1002/car.2278>
- Kepple, N. 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. *Child Abuse & Neglect*, 76, 44–55. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.015>
- Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A. (2006). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). *Deutsches Jugendinstitut E.V.*

- Kingston, D., & Tough, S. (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal, 18*(7), 1728–1741. <https://doi.org/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? *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry, 15*(3), 197–202. <https://doi.org/10.1007/s40368-013-0095-7>
- Kölch, M., & Ziegenhain, U. (2015). Bessere Versorgung für Kinder von psychisch kranken Eltern. *Nervenheilkunde, 1-2*, 49-5.
- Kölch, M. (2009). Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. *Sachverständigenkommission Des 13. Kinder- Und Jugendberichts*. Retrieved from <https://www.dji.de/ueberuns/projekte/projekte/13-kinder-und-jugendbericht/wissenstransfer.html>
- Kos, L., & Shwayder, T. (2006). Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatric Dermatology, 23*(4), 311–320. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2006.00266.x>
- Krase, K. S., & DeLong-Hamilton, T. A. (2015). Comparing reports of suspected child maltreatment in states with and without Universal Mandated Reporting. *Children and Youth Services Review, 50*, 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.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*. Bern. Retrieved from Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern website: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/home.webcode.html?webcode=E279.R460.de>
- Kumar P. (1984). Child abuse by thermal injury--a retrospective survey. (10), 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. *Child Abuse & Neglect, 76*, 515–523.
- Kvist, T., Zedré-Sunemo, J., Graca, E., & Dahllöf, G. (2014). Is treatment under general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children? *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry, 15*(5), 327–332. <https://doi.org/10.1007/s40368-014-0118-z>
- Kvist, T., Annerbäck, E.-M., Sahlqvist, L., Flodmark, O., & Dahllöf, G. (2013). Association between adolescents' self-perceived oral health and self-reported experiences of abuse. *European Journal of Oral Sciences, 121*(6), 594–599. <https://doi.org/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. *Law Hum Behav., 27*(2), 157–171.
- Lamond, D.A.P. (1989). The impact of mandatory reporting legislation on reporting behaviour. *Child Abuse & Neglect, 13*, 471–480.
- Lang, C. A., Cox, M. J., & Flores, G. (2013). Maltreatment in multiple-birth children. *Child Abuse & Neglect, 37*(12), 1109–1113. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.002>
- Leitner, H. (2017). *Emotionale Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen - Formen, Ursachen und Interventionen*.

- Lewy, J., Cyr, M., & Dion, J. (2015). Impact of interviewers' supportive comments and children's reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, *43*, 112–122. <https://doi.org/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. *Pediatr Emer Care*, *29*, 26–29.
- Lindberg, D. M., Blood, E. A., Campbell, K. A., Laskey, A. L., & Berger, R. P. (2013b). Predictors of screening and injury in contacts of physically abused children. *The Journal of Pediatrics*, *163*(3), 730-5.e1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.051>
- Lindberg, D. M., Shapiro, R. A., Laskey, A. L., Pallin, D. J., Blood, E. A., & Berger, R. P. (2012). Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. *Pediatrics*, *130*(2), 193–201. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0085>
- Logsdon, M. C., Mittelberg, M., Jacob, A. E., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Confer, A., . . . Wisner, K. L. (2015). Maternal-Infant interaction in women with unipolar and bipolar depression. *Applied Nursing Research : ANR*, *28*(4), 381–383. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.012>
- Lohse, K., Katzenstein, H., Beckmann, J., Seltmann, D., & Meysen T. (2018). Aertzliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern: des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (DIJuF) vom 7.5.2018. Retrieved from <https://www.dijuf.de/versorgung-minderjaehriger-nach-sexueller-gewalt.html>
- 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, H. L., Thomas, B. H., Jamieson, E., Walsh, C. A., Boyle, M. H., Shannon, H. S., & Gafni, A. (2005). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomised controlled trial. *The Lancet*, *365*(9473), 1786–1793. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66388-X](https://doi.org/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. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, *34*(8), 1072–1081. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.02.011>
- Maguire, S. A., Upadhyaya, M., Evans, A., Mann, M. K., Haroon, M. M., Tempest, V., . . . Kemp, A. M. (2013). A systematic review of abusive visceral injuries in childhood—their range and recognition. *Child Abuse & Neglect*, *37*(7), 430–445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.009>
- Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Mann, M. K., . . . Kemp, A. M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, *41*(5), 641–653. <https://doi.org/10.1111/cch.12227>
- Maguire, S., & Mann, M. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse—what have we learnt: an overview of review updates. *Evidence-Based Child Health : a Cochrane Review Journal*, *8*(2), 255–263. <https://doi.org/10.1002/ebch.1909>
- Maguire, S. A., Lumb, R. C., Kemp, A. M., Moynihan, S., Bunting, H. J., Watts, P. O., & Adams, G. G. (2013). A Systematic Review of the Differential Diagnosis of Retinal Haemorrhages in Children with Clinical Features associated with Child Abuse. *Child Abuse Review*, *22*(1), 29–43. <https://doi.org/10.1002/car.2224>

- Mathews, B. (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. *Social Sciences*, 3(3), 460–482. <https://doi.org/10.3390/socsci3030460>
- Mathews, B., & Bross, D. C. (2008). Mandated reporting is still a policy with reason: empirical evidence and philosophical grounds. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 511–516. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.06.010>
- Mathews, B., Lee, X. J., & Norman, R. E. (2016). Impact of a new mandatory reporting law on reporting and identification of child sexual abuse: A seven year time trend analysis. *Child Abuse & Neglect*, 56, 62–79. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.009>
- Matsuyama, Y., Fujiwara, T., Aida, J., Watt, R. G., Kondo, N., Yamamoto, T., . . . Osaka, K. (2016). Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44(6), 531–539. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12246>
- McDonald KC. (2007). Child Abuse: Approach and Management. *American Academy of Family Physicians*, 75(221-228).
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, Silvia C C M, van Leerdam, Frank 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. *PloS One*, 8(10), e78185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078185>
- Melville, J. D., Lukefahr, J. L., Cornell, J., Kellogg, N. D., & Lancaster, J. L. (2013). The effect of image quality on the assessment of child abuse photographs. *Pediatric Emergency Care*, 29(5), 607–611. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31828e848e>
- Merlini, L., Carpentier, M., Ferrey, S., Anooshiravani, M., Poletti, P.-A., & Hanquinet, S. (2017). Whole-body MRI in children: Would a 3D STIR sequence alone be sufficient for investigating common paediatric conditions? A comparative study. *European Journal of Radiology*, 88, 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2017.01.014>
- Metz, J. B., Schwartz, K. A., Feldman, K. W., & Lindberg, D. M. (2014). Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 817–823. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304701>
- Mezzich, A. C., Bretz, W. A., Day, B.-S., Corby, P. M., Kirisci, L., Swaney, M., . . . Weyant, R. J. (2007). Child neglect and oral health problems in offspring of substance-abusing fathers. *The American Journal on Addictions*, 16(5), 397–402. <https://doi.org/10.1080/10550490701525509>
- Michel, A., Keil, J., Andreas, A., White, L. O., Sierau, S., Costa, A., . . . Klein, A. (2014). Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162(12), 1090–1096. <https://doi.org/10.1007/s00112-014-3144-3>
- Minozzi, S., Amato, L., Bellisario, C., Ferri, M., & Davoli, M. (2013). Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (12), CD006318. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006318.pub3>
- Moesgen, D., & Klein, M. (2010). Kinder aus suchtbelasteten Familien. *Public Health Forum*, 18(2). <https://doi.org/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. *European Journal of Paediatric Dentistry : Official Journal of Euro-*

- pean Academy of Paediatric Dentistry, 10(4), 185–187. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=358360281>.
- Morad, Y., Kim, Y. M., Mian, M., Huyer, D., Capra, L., & Levin, A. V. (2003). Nonophthalmologist accuracy in diagnosing retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 142(4), 431–434. <https://doi.org/10.1067/mpd.2003.161>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195–210. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000738>
- Mullins, S. M., Bard, D. E., & Ondersma, S. J. (2005). Comprehensive services for mothers of drug-exposed infants: relations between program participation and subsequent child protective services reports. *Child Maltreatment*, 10(1), 72–81. <https://doi.org/10.1177/1077559504272101>
- Naidoo, S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00114-9](https://doi.org/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. *Caries Res*, 43, 179–244.
- Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S., & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatrics*, 167(8), 769–775. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.192>
- Newlin, C., Steele, L. C., Chamberlin, A., Anderson, J., Kenniston, J., Russell, A., . . . and Vaughan-Eden, V. (2015). Child Forensic Interviewing: Best Practices. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.
- NICE. (2018). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors*. Retrieved from The National Institute for Health and Care Excellence website: nice.org.uk/guidance/cg110
- Niehaus, S., Volbert, R., & Fegert, J. M. (2017). *Entwicklungsgerechte Befragung von Kindern im Strafverfahren*. Berlin: Springer.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Odhayani, A., Watson, W. J., & Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian Family Physician • Le Médecin De Famille Canadien*, 59, 831–836.
- OHCHR. OHCHR | Home. Retrieved from <https://www.ohchr.org/EN/pages/home.aspx>
- OLG Hamburg. (2017). Beschluss vom 2. Mai 2017, Az. 12 WF 70/17.
- Olivian G. (2003). Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health*, 13(1), 91–92.
- O'Reilly, L., & Dolan, P. (2016). The Voice of the Child in Social Work Assessments: Age-Appropriate Communication with Children. *British Journal of Social Work*, 46(5), 1191–1207. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv040>

- Orlando, S. (2014). An overview of clinical tools used to assess neonatal abstinence syndrome. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(3), 212–219. <https://doi.org/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. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, 4(1), 1–7.
- Palusci, V. J., & Vandervort, F. E. (2014). Universal reporting laws and child maltreatment report rates in large U.S. counties. *Children and Youth Services Review*, 38, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.12.010>
- Pandya, N. K., Baldwin, K., Wolfgruber, H., Christian, C. W., Drummond, D. S., & Hosalkar, H. S. (2009). Child abuse and orthopaedic injury patterns: analysis at a level I pediatric trauma center. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 29(6), 618–625. <https://doi.org/10.1097/BPO.0b013e3181b2b3ee>
- Paradowski, I. M., Seifert, D., Püschel, K., & Anders, S. (2013). „Dental neglect“. *Rechtsmedizin*, 23(3), 186–190. <https://doi.org/10.1007/s00194-013-0894-5>
- Perez-Rossello, J. M., Connolly, S. A., Newton, A. W., Zou, K. H., & Kleinman, P. K. (2010). Whole-body MRI in suspected infant abuse. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 195(3), 744–750. <https://doi.org/10.2214/AJR.09.3364>
- Phillips, K. L., Bastin, S. T., Davies-Payne, D., Browne, D., Bird, H. L., Craw, S., . . . Teele, R. L. (2015). Radiographic skeletal survey for non-accidental injury: systematic review and development of a national New Zealand protocol. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 59(1), 54–65. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.12271>
- Piteau, S. J., Ward, M. G. K., Barrowman, N. J., & Plint, A. C. (2012). Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics*, 130(2), 315–323. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1545>
- Polizei-liche Kriminal-statistik (PKS). (2018). *Opfer nach Alter und Geschlecht*. Retrieved from https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2017/pks2017_node.html
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433–441. <https://doi.org/10.1177/0004867413500351>
- Rees, C. A. (2010). Understanding emotional abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 95(1), 59–67. <https://doi.org/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. (2017d). Child Protection Evidence Systematic review on Fractures Last updated: February 2015. Retrieved from <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. Retrieved from <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. Retrieved from <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-retinal-findings>
- Royal College of Paediatrics and Child Health. Systematic Review on burns, 2017e.
- S. Scholl-Bürgi, K. Kapelari, M. Michel, M. Pavlic, W. Streif, D. Karall. (2016). Angeborene Stoffwechselstörungen in der Differenzialdiagnose von Kindesmisshandlung. *Pädiatrische Praxis*, 86(2), 273–283.
- 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. *British Dental Journal*, 213(10), E17. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1042>
- Schilke, R. (2009). DGKJ-Abstract 2009.
- Schilke, R., & Brunner-Strepp, B. (2017). Kariesinzidenz bei misshandelten oder vernachlässigten Kindern.
- Schilke R, Felgenhauer F, Grigull L. (2009). Zahnärzte haben hohe Verantwortung. *Zahnärztl Mittl*, 99, 2916–2921.
- Schmid M, Schielke A, Becker T et al. (2008). Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. *Nervenheilkunde*, 27, 533–539.
- Schofield, Z., & Sisodia, N. (2014). An obstetrician's guide to perinatal psychiatry. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 24(11), 340–344. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.08.003>
- 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. *La Clinica Terapeutica*, 164(5), e365-71. <https://doi.org/10.7417/CT.2013.1614>
- Sharps, P. W., Bullock, L. F., Campbell, J. C., Alhusen, J. L., Ghazarian, S. R., Bhandari, S. S., & Schminkey, D. L. (2016). Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial. *Journal of Women's Health (2002)*, 25(11), 1129–1138. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5547>
- Sheiham, A., & Spencer, J. (1997). Health needs assessment Community Oral Health Oxford, 10, 39–54.
- Sillevis Smitt, H., Leeuw, J. de, & Vries, T. de. (2017). Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 75(11), 2304–2306. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2017.05.004>
- Sittig, J. S., Uiterwaal, Cuno S P M, Moons, K. G. M., Russel, I. M. B., Nievelstein, R. A. J., Nieuwenhuis, E. E. S., & van de Putte, Elise M. (2016). Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open*, 6(3), e010788. <https://doi.org/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. *European Journal of Dental Education : Official Journal of the Association for Dental Education in Europe*, 16(1), e158-65. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00691.x>

- Sperhake, J. P., & Herrmann, B. (2008). Schütteltrauma (nichtakzidentelle Kopfverletzung). *Rechtsmedizin*, 18(1), 48–52. <https://doi.org/10.1007/s00194-007-0485-4>
- Spix, C., & Blettner, M. (2012). Screening: part 19 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(21), 385–390. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0385>
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. *Kindheit Und Entwicklung*, 19(2), 72–81. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000011>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018a). Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII - 2017.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018b). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Vorläufige Schutzmaßnahmen - 2017.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *2015: Anstieg der Verfahren zur Kindeswohlgefährdung um 4,2 %*. Wiesbaden.
- 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“. Retrieved from Grundlagentext im Online-Kurs „Kinderschutz in der Medizin - (<https://grundkurs.elearning-kinderschutz.de>) Der Zugriff direkt auf den Text ist nur für angemeldete Teilnehmende des Online-Kurses möglich.
- Suri, R., Lin, A. S., Cohen, L. S., & Altshuler, L. 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), e1142-52. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08926>
- Taft, A. J., Hooker, L., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., . . . Small, R. (2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. *BMC Medicine*, 13, 150. <https://doi.org/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 [Child health check-ups as an instrument in child welfare. First results of compulsory check-up systems in German federal states]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1029–1047. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1134-8>
- The Royal College of Radiologists and The Society and College of Radiographers. (2017). *The radiological investigation of suspected physical abuse in children*. Retrieved from <https://www.rcr.ac.uk/publication/radiological-investigation-suspected-physical-abuse-children>
- 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. *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde*, 34(3), 124–128.
- Tonmyr, L., Draca, J., Crain, J., & Macmillan, H. L. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 767–782. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.011>

- Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Poulsen, S. (2010). Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20(5), 361–365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2010.01070.x>
- UNICEF Deutschland. (1989). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Köln. Retrieved from UNICEF Deutschland website: <https://www.unicef.de/blob/9364/.../d0006-kinderkonvention-pdf-data.pdf>
- United Nations. 11. Conventions on the Rights of the Child: New York, 20 November 1989. Retrieved from https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en
- Valencia-Rojas, N., Lawrence, H. P., & Goodman, D. (2008). Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *Journal of Public Health Dentistry*, 68(2), 94–101. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00077.x>
- Van Santvoort, F., Hosman, C. M. H., Janssens, Jan M A M, van Doesum, Karin T M, Reupert, A., & van Loon, Linda M A. (2015). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(4), 281–299. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0191-9>
- Vester, M. E. M., Bilo, R. A. C., Karst, W. A., Daams, J. G., Duijst, Wilma L J M, & van Rijn, R. R. (2015). Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 11(3), 405–415. <https://doi.org/10.1007/s12024-015-9698-0>
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., & Thomas, N. (2011). Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, 16(3), 325–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x>
- Vitale, M. A., Squires, J., Zuckerbraun, N. S., & Berger, R. P. (2010). Evaluation of the siblings of physically abused children: a comparison of child protective services caseworkers and child abuse physicians. *Child Maltreatment*, 15(2), 144–151. <https://doi.org/10.1177/1077559509360250>
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health--findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 509–514. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0061-3>
- Watts, P., Maguire, S., Kwok, T., Talabani, B., Mann, M., Wiener, J., . . . Kemp, A. (2013). Newborn retinal hemorrhages: a systematic review. *Journal of AAPOS : the Official Publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 17(1), 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2012.07.012>
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*. Denmark.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Retrieved from http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/
- 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. *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. *Child Development*, 68, 571–591.

- Woolfson, R. C., Heffernan, E., Paul, M., & Brown, M. (2010). Young People's Views of the Child Protection System in Scotland. *British Journal of Social Work*, 40(7), 2069–2085. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp120>
- World Health Organisation. Child maltreatment. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organisation. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva.
- World Health Organisation. (2015). WHO | Maternal mental health. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- World Health Organisation. (2018). Violence and Injury Prevention: Child maltreatment (child abuse). Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/
- World Health Organisation and International Society for Prevention. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. France.
- Zarate, Y. A., Clingenpeel, R., Sellars, E. A., Tang, X., Kaylor, J. A., Bosanko, K., . . . Byers, P. H. (2016). COL1A1 and COL1A2 sequencing results in cohort of patients undergoing evaluation for potential child abuse. *American Journal of Medical Genetics. Part a*, 170(7), 1858–1862. <https://doi.org/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 Blesken¹, 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.

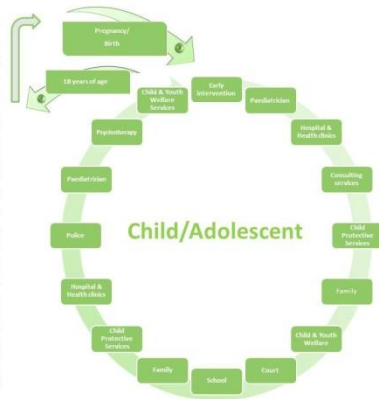


Figure 1. Numerous partners from different service providers are involved in the child protection circle, which centres around the health, wellbeing and needs of the child or adolescent.

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 a 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

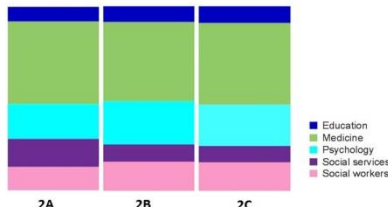


Figure 2. The distribution of the (A) professional societies and organisations (n = 80) involved in guideline development (B) the survey participants (n = 258) and (C) cases reported (n = 476) in the survey according to the different service provider groups.

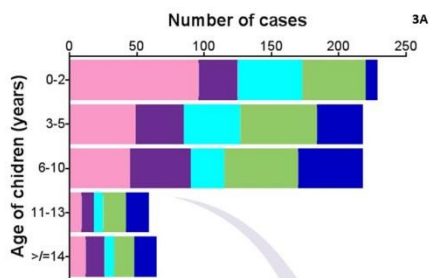


Figure 3A. Shows the distribution of the cases (n = 476) reported in the online survey according to the age of the children and form of maltreatment.

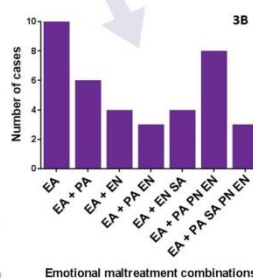


Figure 3B. Shows some of the different combinations maltreatment reported in the survey according to emotional maltreatment for children aged between 6 and 10 years of age. 38 of the 45 cases are represented.

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

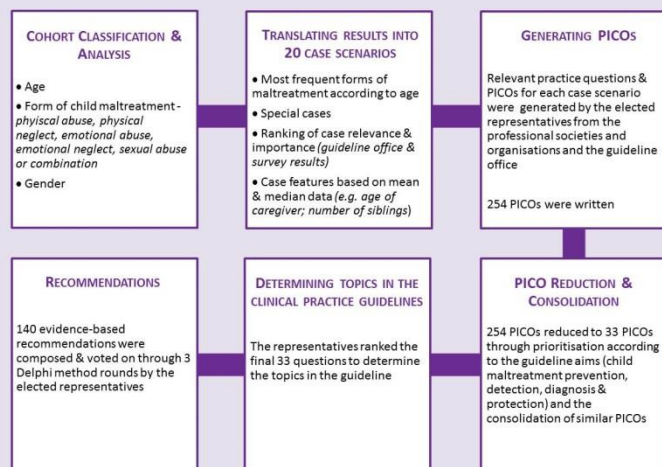


Figure 4. The approach used to convert the results of the online survey, where 476 real cases were reported, into case scenarios that served as the basis for the PICO's and final topics covered in the AWMF S3+ CHILD (SEXUAL) ABUSE AND NEGLECT GUIDELINE: INCLUDING YOUTH WELFARE AND EDUCATION.

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: _____	
<p>Patient gives history of:</p> <p>____ Genital-Genital Contact ____ Anal-Genital Contact</p> <p>____ Digital-Genital Contact ____ Digital-Anal Contact</p> <p>____ Fondling of Breasts ____ Fondling of Genitalia</p> <p>____ Oral-Genital Contact ____ Oral-Genital Contact</p> <p>(Perpetrator to Victim) (Victim to Perpetrator)</p> <p>____ Masturbation ____ Other Sexual Deviant Behavior</p> <p>Ejaculation: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Condom used: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Lubrication: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Since the assault/abuse patient has:</p> <p>Douched: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Defecated: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Urinated: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Vomited: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Changed clothes ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Bathed: ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Had food/drink ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Brush teeth ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>At the time of the assault was:</p> <p>Patient menstruating ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p> <p>Tampon present ____ Yes ____ No ____ Don't Know</p>	<p>Consensual sexual activity within 72 hours:</p> <p>____ Yes ____ No</p> <p>Positive DNA found:</p> <p>Clothing: ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other (Item: _____)</p> <p>Oral swab: ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Anal swab: ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Vaginal/urethral ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Cervical ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Dried Stains ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other (Location: _____)</p> <p>Fingernails ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Pubic hair ____ Victim ____ Perpetrator ____ Other</p> <p>Ano-Genital exam: ____ Normal ____ Abnormal (Describe finding _____)</p> <p>Positive STD results:</p> <p>GC culture ____ oral ____ anal ____ vaginal/urethral ____ cervical</p> <p>Chlamydia culture ____ anal ____ vaginal/urethral ____ cervical</p> <p>Urine DNA amp ____ GC ____ Chlamydia</p> <p>HIV _____</p> <p>RPR _____</p> <p>Hep B surface antigen _____</p> <p>Urine HCG _____</p>

Anhang 3 Kitteltaschenkarte Hämatome







Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren








© Kinderschutz Leitlinie

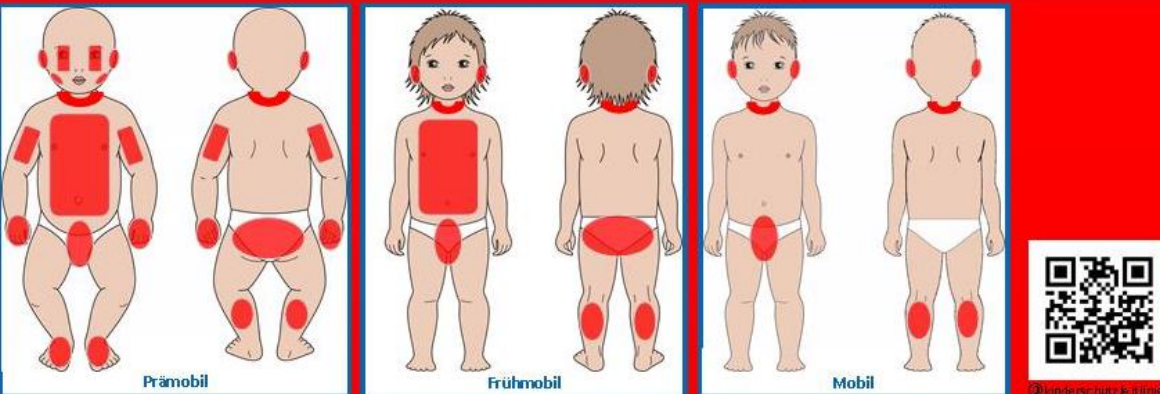
Achtung! Jedes **geformte Hämatom** ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- 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



© Kinderschutz Leitlinie

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 **Pos** 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-2013-304539) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (siehe Durstam F, Z E Guillea, K Kottos, A M Kemp, J RS Bern Arch Dis Child 2002; 86:530-533)

Tabelle 9 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	
C T S 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.	
C T S P C 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.	
<p>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, pp. 249–270. Straus, A.M. 2005. Reflections on Measuring Intrafamily Conflict and Violence. Pp. 195- 197 in <i>Violence Against Women: Classic Papers</i>, edited by Bergen, Edleson, & Renzetti. Boston: Pearson Education Inc. Egle, UT. 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.</p>						
Interview: Mother-Child Neglect Scale (MCNS)						
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung	
Retrospektiv Bewertung von 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 7 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).	
<p>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.</p>						
Interview: Multidimensional Neglectful Behavioural Scale Child Report (MNBS-CR)						
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung	

				Quellen	
Vernachlässigende elterliche Verhaltensweisen, die mit Verhaltensweisen einer angemessenen Erziehung 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. <i>Child Abuse & Neglect</i> 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. <i>Child Maltreatment</i> , 9(5), 409–428.					
Selbstbeurteilungsfragebogen: Psychological Violent Parental Practices Inventory (PVPPi)					
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertener 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. <i>Child Abuse & Neglect</i> 35, 767– 782. Gagné, M.-H., Lavoie, F. & Fortin, A. (2003). Élaboration de l'Inventaire des conduites parentales psychologiquement violentes (ICPPV). <i>Canadian Journal of Behavioural Science</i> , 35(4), 268–280. Gagné, M.-H., Pouliot-Lapointe, J. & St-Louis, M.-P. (2007). Psychologically violent parental practices inventory (PVPPi) English translation. <i>Journal of Emotional Abuse</i> , 7(1), 71–81.					
Selbstbeurteilungsfragebogen: Child Abuse and Trauma Scale (CAT/CATS)					
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertener 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 Emotionaler 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 Sub-Skala (emotionaler 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. <i>Child Abuse & Neglect</i> 35, 767– 782. Kent, A. & Waller, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale. <i>Child Abuse & Neglect</i> , 22 (5), 393–399.					

Sanders, B., & Becker-Lausen, 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 zitiertes Quellen	Anmerkung
Messung von Verhaltensstörungen bei Kindern	Der CBCL 1½-5 eignet sich für 1½-5 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“ 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.	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 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.	≠ In der Literatur findet die CBCL in Bezug auf Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung keine Erwähnung ✓ 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
------	------------	-------------	-------	--	-----------

<p>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.</p> <p>Besonders nützlich bei der Beurteilung, wie chronische und schwer Versorgungs-Defizite sind.</p>	<p>Kinder zwischen 4 und 7 Jahren</p>	<p>Ein Sachbearbeiter oder jemand anderes, der mit dem Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind/den Kindern vertraut ist</p>	<p>99 Items, die eine Ja/Nein-Antwort erfordern, die das Vorhandensein oder Fehlen des Verhaltens des Elternteils gegenüber dem Kind anzeigt.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>	<p>Gut etablierte Validität und Zuverlässigkeit der Skala.</p>	<p>✓ Misst körperliche und emotional/kognitive Erziehung des Kindes. Spürt Defizite der Erziehung auf.</p>
<p>Quelle: Gershater-Molko, R.M.; Lutzker, J.R.; Sherman, J.A. (2003): Assessing child neglect. In: Aggression and Violent Behavior 8 (6), S. 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.</p>					
<p>Screeningbogen: The Hague protocol</p>					
Ziel	Zielgruppe	Ausfüllende	Items	Gütekriterien anhand zitiertes Quellen	Anmerkung
<p>Erkennung einer Kindeswohlgefährdung.</p>	<p>Erwachsene</p>	<p>Fachleute, die in Notfallabteilungen arbeiten.</p>	<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 increase 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>					

Tabelle 10 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. ²	Sensitivität: 93%–94%, Spezifität: 55%–99% ³
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, ist die Spezifität, Sensitivität, positiv und negativ prädiktiver Wert nicht beurteilt worden ⁴
BABYLOTSE PLUS Screeningbogen	die Einschätzung des Gesamtrisikos für eine mögliche Kindeswohlgefährdung	Ja, basierend auf dem Hamburger Babylotse-Projekt	Sensitivität: 99%, Spezifität: 33% ⁵
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 ⁶
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 Deutscheversion ist über die Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. erhältlich	Sensitivität: 86%, Spezifität: 78% ⁷
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% Positive Prädiktivwert: 3 – 52% Negative Prädiktivwert: 85 – 99.7% *Englische Version, für Werte > 25 ⁸
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 positive Eltern-Kind Interaktion	Es wurden keine Informationen gefunden.	Es wurden keine Informationen gefunden.

² Stöckl et al. 2013: Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study.

³ Rabin et al. 2009: Intimate Partner Violence Screening Tools A Systematic Review.

⁴ Johnson et al. 2012: Measuring perinatal mental health risk.

⁵ Fisch et al. 2016: Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité.

⁶ Ondersma et al 2005: A brief form of the child abuse potential inventory: development and validation.

⁷ Cox et al. 1987: Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.

⁸ 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.	Gesamte 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% Positive Prädiktivwert: 75% *Englische Version, für Werte ≥ 3 ⁹
Protective Factors Survey	Misst proaktive Faktoren in 5 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% ¹⁰

⁹ Kroenke et al. 2003: The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener.

¹⁰ Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective herausgegeben von Mitchell & Anglin.