

Kinderschutz im Gesundheitssystem verankern

Eine medizinische Expertise für flächendeckenden
und nachhaltigen Kinderschutz

19. Mai 2022



**Multiprofessionelles interdisziplinäres
Positionspapier unter Federführung
der Deutschen Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin**

INHALT

KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM	3
Hintergrund und aktuelle Herausforderung	
ECKPUNKTE FÜR KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM	7
FAZIT	12
Beteiligte Fachgesellschaften und Berufsverbände	13
QUELLEN	14



KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM

Hintergrund und aktuelle Herausforderung

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung bezeichnet Handlungen und Unterlassungen von fürsorgeberechtigten Personen, die zu erheblichen körperlichen und seelischen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen führen können. Insbesondere im Hinblick auf die psychische Gesundheit sind die Langzeitfolgen gravierend und die Prognose oft ungünstig. Es handelt sich um ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich relevantes Thema, das neben hohem individuellem Leid zu erheblichen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgekosten führt. Für den Umgang damit ist ein multiprofessionelles Vorgehen unabdingbar. Die Rolle und Aufgaben des Gesundheitssystem dabei und die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen werden in diesem Positionspapier umrissen.

In der bislang bestehenden Regelversorgung wird das Potenzial des medizinischen Beitrags im Kinderschutz bei Weitem noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Derzeit bestehende Strukturen im medizinischen Kinderschutz bauen auf einrichtungsspezifischem und persönlichem Engagement auf, kaum aber auf strukturierten Prozessen und Standards, auf die flächendeckend verlässlich zurückgegriffen werden kann. Diese Versorgungslücke gilt es zu schließen.

AKTUELLE ZAHLEN

Im Jahr 2020 wurde von den Jugendämtern in Deutschland mit knapp 194.500 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls mit Abstand der bisherige Höchststand in den vorliegenden Jahresbetrachtungen erreicht, wobei in 60.551 Fällen eine Kindeswohlgefährdung festgestellt wurde [Destatis 2021]. Die Polizeiliche Kriminalstatistik erfasste 2020 14.500 Fälle von sexueller und 4.918 Fälle von körperlicher Misshandlung [BKA 2021].

Die WHO geht bei 190 Mio. Kindern und Jugendlichen in Europa davon aus, dass 55 Mio. seelische, 44 Mio. physische und 18 Mio. sexuelle Gewalt erleben. Die WHO schätzt, dass rund 850 Todesfälle jährlich im Zusammenhang mit Misshandlungen stehen [WHO 2020]. Das amerikanische Pflichtmeldesystem erfasst jährlich um die 8 Mio. betroffene Kinder und Jugendliche, darunter ca. 70 bis 75% Vernachlässigungen, 18% körperliche und 10% sexuelle Misshandlungen. Ähnliche Dimensionen zeigen verschiedene repräsentative Prävalenzstudien für Deutschland, die davon ausgehen, dass 25 bis 30% der Bevölkerung in Kindheit und Jugend Gewalt erlebt hat. Über 5 Mio. Kinder und Jugendliche werden vernachlässigt, davon werden über 1 Mio. schwer vernachlässigt. Von sexueller und körperlicher Gewalt sind jeweils 1,8 bis 2 Mio. Kinder und Jugendliche betroffen, darunter sind 300.000 bis 400.000 schwer betroffen [Häuser et al. 2011 und Witt et al. 2019].

Somit handelt es sich schon rein quantitativ-epidemiologisch um ein drängendes gesellschaftliches Thema, welches zudem zu erheblichen ökonomischen Folgekosten führt. In einer ausführlichen amerikanischen Kostenkalkulation wurden die Kosten für die direkten Folgen (medizinische Behandlung, psychiatrische Erkrankungen, Jugendhilfe, Rechtssystem) auf mehr als 24 Mrd. Dollar für das Jahr 2001 geschätzt, die indirekten Kosten (Betreuung behinderter Misshandlungsoffer, Kriminalität, verlorene Produktivität und Steuerausfälle der Gesellschaft) auf knapp 70 Mrd. Dollar, zusammen also etwa 94 Mrd. Dollar jährlich [Gelles et al. 2012]. Die Umrechnung auf die Bevölkerungszahl Deutschlands ergäbe einen Betrag von etwa 29 Mrd. Euro jährlich. Die deutsche Trauma-folgekostenstudie berechnet die Folgekosten aller Misshandlungsformen in Deutschland auf 11,1 bis 29,8 Mrd. Euro jährlich [Habetha et al. 2012].

Die „Investition“ von finanziellen Ressourcen zur Verhinderung individuellen Leids in ein effektives Kinderschutzsystem würde somit nicht nur dem moralischen Anspruch einer entwickelten Gesellschaft entsprechen und die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen und ihre spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern, sondern sich auch langfristig ökonomisch „lohnen“ [Hermann et al. 2022].

AUSWIRKUNGEN VON GEFÄHRDUNGEN AUF KINDER UND JUGENDLICHE

Auf die individuelle Entwicklung	Auf gesellschaftliche Folgekosten
<ul style="list-style-type: none"> • Psychische, emotionale, „seelische“ Traumatisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsausgaben (Akutbehandlung, Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgeerkrankungen, Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen)
<ul style="list-style-type: none"> • Schlafstörungen, Essstörungen, Leistungsdefizite 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Berufschancen (inkl. verminderter Sozialversicherungsbeiträge o. soziale Sicherungsleistungen), Arbeitslosigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsverzögerungen, Bindungsstörungen, Probleme der sozialen Anpassung u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlorene Produktivität, Steuerausfälle
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Schmerzzustände ohne organische Ursachen und vielfältige weitere psychosomatische Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes Kriminalitätsrisiko, häusliche Gewalt, generationenübergreifende Misshandlungs- und Vernachlässigungsmuster
<ul style="list-style-type: none"> • Neurobiologische Forschungen zeigen bleibende Beeinträchtigungen der kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen, EEG-Veränderungen und messbare Verringerungen des Hirnvolumens 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten des Rechtssystems (Polizei, Gericht, Strafvollzug)

DIE ROLLE DER MEDIZIN FÜR DEN KINDERSCHUTZ

Ärzt_innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen und andere Akteure im Gesundheitssystem spielen eine wichtige Rolle im multiprofessionellen Kinderschutz. Deren umfassenden und fachlich fundierten Umgang mit Kindeswohlgefährdungen bezeichnet man als Kinderschutz in der Medizin. Ein neues Fachgebiet, das sich erst in den letzten 15 Jahren in Deutschland entwickelt und etabliert hat. Aufgrund der unter Umständen lebenslangen Auswirkungen von Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche erfordert die Diagnose oder der Ausschluss einer Misshandlung eine valide fachliche Fundierung und gute Aus-, Weiter- und Fortbildung hinsichtlich der Evidenz medizinischer Befunde, diagnostischer Vorgehensweisen und der Intervention in Kooperation mit dem Jugendamt und anderen Berufsgruppen. Diesbezüglich stellt die 2019 veröffentlichte AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie [Kinderschutzleitlinienbüro 2019] einen Meilenstein dar.

Denn nur wenn es gelingt, einen Verdacht rechtsverwertbar begründet zu bestätigen, oder aber Verdachtsmomente zeitnah und effizient auszuräumen, können Kinder, Jugendliche geschützt und Familien angemessen unterstützt, Falschverdachtsfälle vermieden, aber auch weitere Misshandlungen verhindert werden. Ebenso müssen die betroffenen Kinder und Jugendlichen adäquat behandelt und nachbetreut werden.

Während sich die Gefährdungseinschätzung seitens der Kinder- und Jugendhilfe vornehmlich auf soziale und familiäre Kontexte wie die Anbindung an verschiedene Institutionen (Kindertagesstätten, Schulen, etc.), kulturelle Hintergründe, finanzieller Status der Familie, Bildungsstand und etwaige psychische Probleme der Eltern bezieht, ist die Einbindung der medizinischen Diagnostik gerade bei der Verdachtsklärung körperlicher Verletzungen unabdingbar. Je nach Art der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung und je nach Rolle, Funktion und Spezialisierung der verschiedenen medizinischen Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Aufgaben und Schwerpunkte des medizinischen Beitrags zum multiprofessionellen Kinderschutz. Die Rolle der unterschiedlichen Fachgebiete wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rechtsmedizin, Kinderradiologie, Allgemeinmedizin u.v.a., Berufsgruppen (Kinderkrankenpflege, (Familien-)Hebammen, Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, u.a.) Arbeitsschwerpunkte (Klinik, Praxis, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Therapie, u.a.) führt zu unterschiedlichen Aufgaben im Kinderschutz und reicht von Prävention und Früherkennung zu somatischer und psychologischer Diagnostik, Intervention und Therapie.

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von Juli 2020 zur Festlegung, dass Schutzkonzepte an medizinischen Institutionen vorgehalten werden müssen, ist ein wegweisendes Zeichen. Kliniken und Praxen müssen kompetente Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche sein [G-BA 2020].



FORDERUNG EINER FLÄCHENDECKENDEN REGELVERSORGUNG FÜR KINDER, JUGENDLICHE UND IHRE FAMILIEN

Kinderschutz als gesundheitliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist auch in der Medizin ein zentrales Thema. Arztpraxen, Notaufnahmen, Kliniken und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind häufig die erste Anlaufstelle für Betroffene. Dieser Versorgung gerecht zu werden, erfordert eine gute Aus-, Weiter- und Fortbildung der Fachkräfte, professionelle Strukturen mit Integration in die ambulante und stationäre Regelversorgung sowie einer flächendeckenden Regelfinanzierung.

Trotz vieler Fortschritte der letzten Jahre ist dieser Status nicht erreicht. Es bestehen diesbezüglich noch erhebliche Versorgungslücken. Da im Gesundheitssystem keine personellen Ressourcen, Planstellen oder Finanzierungsmodelle für einen nachhaltigen Kinderschutz systematisch vorgehalten werden, hängt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf eine Gefährdung nach wie vor vom individuellen Engagement der Akteur_innen ab. Die Umsetzung des medizinischen Kinderschutzes erfolgt neben und über die sonstige Patientenversorgung hinaus. Die aktuelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung erfolgt bislang erst an etwa jeder zweiten Klinik in Deutschland vor allem durch interdisziplinäre Kinderschutzgruppen, die in finanzieller Eigenverantwortung von Krankenhäusern stationär, teilweise auch ambulant arbeiten, sowie aus lokalen Einzelprojekten oder landesweiten Projekten (z.B. MeKidS.best - Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet), die befristet gefördert werden. Die Versorgung ist gekennzeichnet von einer großen Heterogenität und weist entsprechend Lücken auf (s. Abbildung 1).

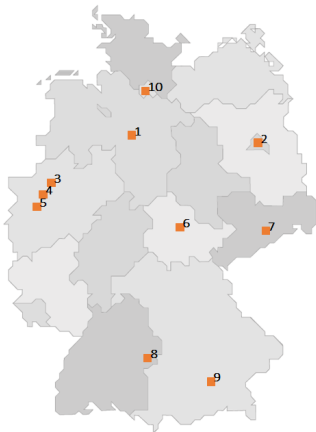
ZIELSETZUNG: Sicherung von flächendeckenden Strukturen für den Kinderschutz im Gesundheitssystem



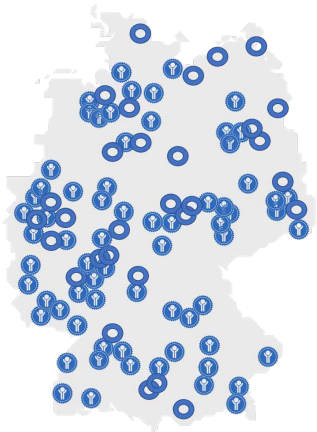
Stattdessen sieht die Versorgung folgendermaßen aus:



Befristete (aktuelle und laufende) Projekte mit bundesweitem Angebot



Auswahl von befristeten Projekten mit landesweitem Angebot



Kinderschutzgruppen an Kliniken in (finanzieller) Eigenverantwortung

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Kinderschutz Medizinische Hochschule Hannover 2 Kinderschutzambulanzen Berlin 3 MeKidS.best – Kinderschutz im Ruhrgebiet 4 Kinderschutzambulanzen NRW 5 Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW | <ul style="list-style-type: none"> 6 Thüringer Fachstelle für Kooperation und Qualitätsentwicklung im Medizinischen Kinderschutz 7 Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz 8 Basiswissen Kinderschutz BW 9 Bayerische Kinderschutzambulanz 10 Childhood-Haus Hamburg - Kompetenzzentrum für Kinderschutz am UKE |
|---|--|

Abbildung 1: Übersicht Kinderschutzversorgung im Gesundheitssystem

Notwendig wäre die Umsetzung eines flächendeckenden Versorgungsmodells mit Schwerpunktpraxen, klinikbasierten Kinderschutzgruppen und medizinischen Kinderschutzambulanzen sowie überregionalen kinderschutzmedizinischen Kompetenzzentren. Darüber hinaus spielt der gesundheitsbezogene Blickwinkel in den Frühen Hilfen eine wichtige Rolle in der Früherkennung und Prävention.

Die Kinder und Jugendliche medizinisch versorgenden Fachgesellschaften und Verbände - unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) - streben die Verbesserung der Versorgung misshandelter und vernachlässigter Kinder und Jugendlicher im Gesundheitssystem an. Sie arbeiten an der Etablierung der o.g. Strukturen und Standards, um dadurch den Beitrag des Gesundheitssystems zum Kinderschutz zu optimieren.

Die beteiligten Fachgesellschaften und Verbände fordern Rahmenbedingungen, um Kinderschutz im Gesundheitssystem flächendeckend und nachhaltig umzusetzen. Die Möglichkeiten, Kompetenzen und Expertisen, die im Gesundheitssystem für die von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung betroffenen Kinder und Jugendlichen theoretisch zur Verfügung stehen, müssen auch bei den Betroffenen ankommen.

**Hierzu sind klare Regelungen, aber auch politische Bekenntnisse notwendig.
Deren Realisierung ist das Anliegen dieses Positionspapiers.**

ECKPUNKTE FÜR KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM

Zur Sicherstellung des medizinischen Kinderschutzes in der Regelversorgung besteht Handlungsbedarf. Dieser soll im Folgenden punktuell konkretisiert werden.

VERANTWORTUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM ÜBERNEHMEN

Die bereits beschriebene Dimension von Gewalt und Vernachlässigung gegenüber Kindern und Jugendlichen macht deutlich, dass Kinderschutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Auch medizinische Einrichtungen müssen Verantwortung übernehmen und ihren Beitrag leisten. Dafür braucht es eine nachhaltige Struktur, damit den Familien Zeit und Anerkennung zuteil wird.

Außerdem wollen wir den Kinderschutz stärken. Familien sind vielfältig. Sie sind überall dort, wo Menschen Verantwortung füreinander übernehmen und brauchen Zeit und Anerkennung.

[Bundesregierung 2021]

DUNKELZIFFER VERRINGERN UND HELLFELDDATEN GENERIEREN

Unerkannte Gefährdungen oder unzureichende Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedeuten weitreichende Folgen für eben diese Kinder und Jugendlichen. Beeinträchtigungen der körperlichen, der kognitiven sowie der sozial-emotionalen Entwicklung wirken sich nachfolgend auf die individuelle Kindesentwicklung aus. Hilfe kann aber nur dort angeboten werden, wo ein Bedarf auch erkannt wird.

Es muss eine Dokumentationslage im Gesundheitssystem geschaffen werden, um das Hellfeld von Kinderschutzfällen abzubilden. Im Vergleich zu anderen EU-Ländern fehlt in diesem Bereich in Deutschland eine Datenbasis zum Kinderschutz.

EINHEITLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN SICHERSTELLEN

Strukturen für den Kinderschutz müssen entlang der Versorgungsketten im Gesundheitssystem standortunabhängig nach den gleichen Regeln, Mechanismen und Logiken organisiert sein.

Wie in anderen medizinischen Disziplinen auch, braucht es für die Zusammenarbeit im medizinischen Kinderschutz über die Einrichtungsgrenzen hinweg einheitliche Strukturen, die überall in Deutschland nach den gleichen Logiken aufgebaut sind.

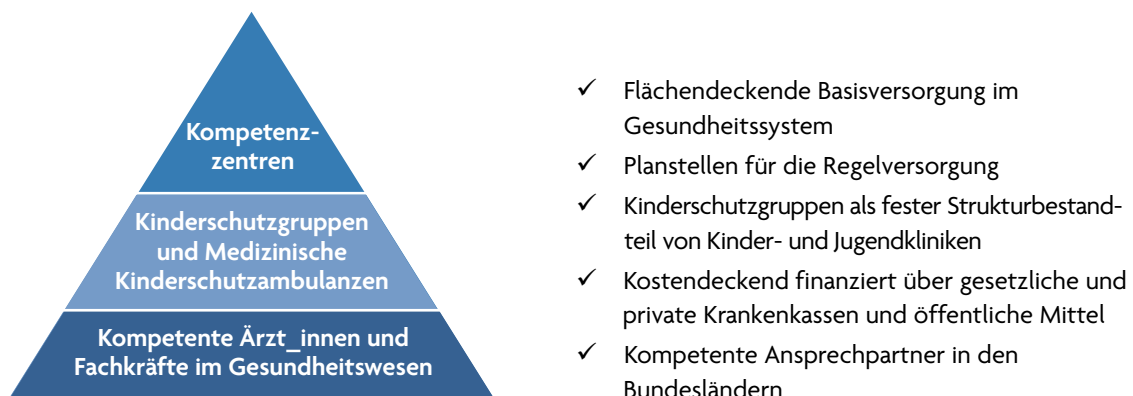
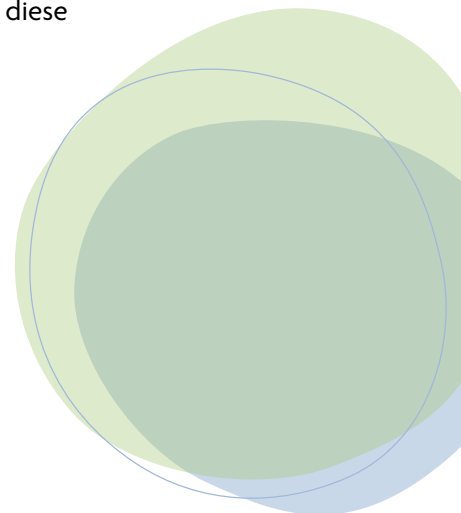


Abbildung 2: Pyramide der Regelversorgung

Vor allem für die Überleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien von einem Versorgungskontext in den nächsten (z.B. von der Praxis in die Kinder- und Jugendklinik oder in die Kinder- und Jugendhilfe) ist dies besonders relevant. Unabhängig vom Wohn- und Versorgungs-ort der Familien müssen Zugänge zu allen für den medizinischen Kinderschutz notwendigen Angeboten geschaffen werden.

Hierfür ist eine auskömmliche Finanzierung der kinderschutzbezogenen Leistungen eine absolut notwendige Voraussetzung. Kinderschutz ist eine Daueraufgabe. Um diese Leistungen erfüllen zu können, müssen vor allem personelle Ressourcen in den Kliniken und Praxen zur Verfügung stehen. Diese Vorhaltung der Strukturen sollte auch Teil des Sicherstellungsauftrages werden. Erst dann ist eine nachhaltige Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems möglich.



FACHLICHE STANDARDS VORHALTEN

Bei Kinderschutzfällen ist ein interdisziplinäres Vorgehen, vor allem bei der Risikoabschätzung, wichtig.

Den medizinischen Fachdisziplinen und der Kinderkrankenpflege kommt hierbei – über ihre kurativen Aufgaben hinaus – eine wesentliche Rolle zu bei

- der Erkennung von Verdachtsfällen,
- der frühzeitigen Erkennung von familiären Belastungssituationen,
- der medizinischen Diagnostik,
- der Beobachtung, auch über längere Zeiträume, wie sich Kinder und Jugendliche entwickeln,
- der Prävention,
- der medizinischen Nachbetreuung und Initiierung von erforderlichen therapeutischen Maßnahmen,
- der Überleitung in die Hilfesysteme sowie
- der Beratung der Kinder- und Jugendhilfe.

Wir werden die länderübergreifende Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen verbessern und streben einheitliche Standards für das fachliche Vorgehen an.

[Bundesregierung 2021]

Die Risikoeinschätzung findet sowohl im stationären Setting, in Praxen als auch in Notfallambulanzen statt. Der fachliche Standard sieht dazu eine umfassende Dokumentation von Informationssammlungen, Beobachtungen und Untersuchungen vor. Qualität von Dokumentation und Management der Risikoabschätzung sind abhängig von bereits vorhandenen Strukturen und den personellen Ressourcen. Um den fachlichen Standard zu erhalten, bedarf es länderübergreifender Regelungen für Qualitätsstandards des medizinischen Personals.



AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG REALISIEREN

Die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Kinder- und Jugendmedizin 2018 beginnt bei den inhaltlichen Beschreibungen der zu erwerbenden Fähigkeiten mit: »Erkennung und Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch« sowie »Interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen, auch mit Kindergemeinschaftseinrichtungen, Beratungsstellen und Behörden.« [Bundesärztekammer 2021] Dies bedeutet, dass alle Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendmedizin eine entsprechende Expertise im Rahmen ihrer Weiterbildung erwerben und nachweisen müssen. Darüber hinaus sollen alle medizinischen Berufsgruppen, die mit Kindeswohlgefährdungen Kontakt haben entsprechende Qualifizierungen erwerben. Das bedarf:

- Integration kinderschutzmedizinischer Inhalte in die universitäre studentische Lehre.
- In jeder kindermedizinischen Fachdisziplin (Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) sollte die praktische Ausbildung in kinderschutzmedizinischen Aspekten gewährleistet werden.
- Integration von entsprechenden Inhalten in die Pflegeausbildung.
- Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_innen.

GKV-REGELFINANZIERUNGSMODELLE UMSETZEN

Flächendeckend geltende Systematiken setzen Ressourcen voraus. Dafür müssen regelhafte und verlässliche Finanzierungsmechanismen im Gesundheitssystem (Praxen, Kliniken und im ÖGD) geschaffen werden.

Die flächendeckende Umsetzung der Standards für medizinischen Kinderschutz nach der AMWF S3+ Kinderschutzleitlinie erfordert einheitliche und dauerhaft verlässliche Strukturen. Dies beinhaltet sowohl die Vorhaltung von im medizinischen Kinderschutz qualifizierten Fachpersonal als auch von ausreichenden Ressourcen für die fallbezogene Arbeit und die fallunabhängige Netzwerkpflege.

Kinderschutz ist eine interdisziplinäre Aufgabe und umfasst nicht nur ärztliche Leistungen. Erst durch die Zusammenarbeit der Bereiche Medizin, Pflege, Pädagogik, Psychologie und Soziale Arbeit gelingen eine Risikoeinschätzung und eine Versorgung der Kinder und Jugendlichen.

MEDIZINISCHE EXPERTISE BEI KINDERSCHUTZFÄLLEN EINBRINGEN

Aufgrund der derzeitigen Organisation und Ausgestaltung bleibt der medizinische Kinderschutz systematisch hinter seinen Möglichkeiten zurück:

Er ist bislang ein in seinem Leistungsprofil schwach definiertes, in seiner Leistungsstruktur stark fragmentiertes und in seinen Leistungsprozessen kaum auf Standards beruhendes Feld der Versorgung.

Die Fachdisziplinen im medizinischen Kinderschutz als Kooperationspartner der Kinder- und Jugendhilfe sind nicht ausreichend aufgestellt. Dies entspricht nicht den Anforderungen des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) an einen kooperativen Kinderschutz.

Bei der Gefährdungseinschätzung ist die Einbindung des Gesundheitssystems laut Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) möglich und auch eine Rückmeldeschleife von Seiten des Jugendamtes ist vorgesehen. Die rechtlichen Grundlagen sind geschaffen. Es bedarf jetzt der weiteren Überführung in den praktischen Alltag, um einen fachlichen Standard bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Die Informationsweitergabe zwischen den Ämtern und den am Hilfenetzwerk des Kindes beteiligten Akteurinnen und Akteuren muss verbessert werden – unter Wahrung des Datenschutzes und Achtung der Vertrauensstellung der Jugendämter.

[Bundesregierung 2021]

BERATUNGSANGEBOTE FÜR GESUNDHEITSDIENSTLEISTENDE SCHAFFEN

Gesundheitseinrichtungen müssen im Bedarfsfall zeitnah und niederschwellig auf Beratungs- und Konsilleistungen z.B. von Kinderschutzgruppen, aus der Rechtsmedizin, Kinderradiologie, (Sozial-)Pädiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurückgreifen können.

Praxen und allen weiteren kinderversorgenden Gesundheitseinrichtungen müssen zentrale Ansprechpartner_innen zur Verfügung stehen, über welche rechtsmedizinische, kindermedizinische, sozialmedizinische und kinder- und jugendpsychotherapeutische Beratungsleistungen angeboten werden. Nach dem Vorbild des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW und der Medizinischen Kinderschutzhotline gilt es, bundesweit niederschwellige Angebote zur Beratung und Konsilstellung vor dem Hintergrund der benötigten fachmedizinischen Expertisen zu etablieren.

VERLÄSSLICHE NETZWERKSTRUKTUREN ETABLIEREN

Kinderschutz kann nur als gemeinsames Wirken der beteiligten Akteur_innen gelingen. Daher müssen einrichtungs-, sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifende Netzwerke fallunabhängig aufgebaut und gepflegt werden.

Netzwerkstrukturen zwischen den verschiedenen Akteur_innen, die mit Kinderschutz befasst sind, sind keine Selbstverständlichkeit. Kinderschutz darf nicht länger nur dort gut funktionieren, wo einzelne Akteur_innen auf der Basis von Eigeninitiative individuelle Netzwerke gespannt haben, deren Bestehen aber gleichermaßen an diese Einzelakteure gebunden ist. Vielmehr muss eine gute Zusammenarbeit überall und verlässlich gesichert existieren.

Solche Strukturen müssen über die Grenzen von Einrichtungen (pädiatrische Praxen, Kinder- und Jugendkliniken, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Jugendämter/Einrichtungen der Jugendhilfe, Beratungsstellen, Kindertagesstätten, Schulen, u.a.), die ihrerseits wieder ganz unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterliegen, hinweg aufgebaut und kontinuierlich gepflegt werden. Unabhängig von der fallbezogenen Arbeit müssen Ansprechpartner_innen verlässlich bekannt und adressierbar sowie sein. Ebenso müssen Wege und Prozesse geläufig sein, damit ein sicheres Netz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien gespannt werden kann.

PRÄVENTIVE MAßNAHMEN ABBILDEN UND VERMITTELN

Die kurative Medizin ist in der Praxis in vielen Bereichen heterogen. Während präventives Denken im Sinne einer Verhinderung von Krankheiten und Störungen durch Ausschalten oder Minimierung von Risiken gut in der Medizin verankert ist, ist der Fokus auf Förderung von Gesundheit und Lebenskompetenz bisher nicht ausreichend vorhanden. Es bedarf eines Schwerpunktes auf kommunaler Ebene, um die Kinder- und Jugendgesundheit abzusichern und stellt damit eine intersektorale Aufgabe dar. Kindern, Jugendlichen und Familien müssen vor Ort, d.h. im sozialen Umfeld, präventive Maßnahmen angeboten werden. Im Sinne des Kinderschutzes bedarf es insbesondere einer Stärkung der indizierten / selektiven Prävention für besonders belastete Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Um auch Zugang zu „schwer erreichbaren Zielgruppen“ zu bekommen, müssen die Angebote niedrigschwellig ohne Antragsverfahren erreichbar sein. Es gilt dabei Stärkung durch Prävention.

Wir entwickeln das Präventionsgesetz weiter und stärken die Primär- und Sekundärprävention. Dem Leitgedanken von Vorsorge und Prävention folgend stellen wir uns der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zielgruppenspezifisch und umfassend. Wir unterstützen die Krankenkassen und andere Akteure dabei, sich gemeinsam aktiv für die Gesunderhaltung aller einzusetzen

[Bundesregierung 2021]

SOZIALRÄUMLICHE VERSORGUNGSMODELLE EINBEZIEHEN

Medizinischer Kinderschutz muss als Aufgabenfeld der Daseinsvorsorge immer auch integrierter Bestandteil sozialräumlich orientierter Versorgungsmodelle sein.

Bei der Beschreibung von Sozialräumen spielen gerade soziale Lagen eine besondere Rolle. Im Kontext der Daseinsvorsorge werden auch in der Gesundheitsversorgung zunehmend sozialräumliche Ansätze diskutiert und verfolgt. Doch die Verschränkung von medizinischen und sozialen Angeboten erfolgt bislang nur sehr rudimentär. Dabei sind beispielsweise bei sozial bedingten Entwicklungsdefiziten geregelt, einheitliche und verlässliche Strukturen über die sozialräumlichen

Grenzen ein essenzieller Baustein, um den Familien die notwendigen Hilfen zuteilwerden zu lassen. Insofern müssen sozialräumliche Gesundheitsversorgungsmodelle für Kinder, Jugendliche und Familien gezielt auf ein strukturelles Zusammenwirken von medizinischen und sozialen Leistungen zur Entlastung der medizinischen Institutionen und zur bedarfsgerechten Unterstützung der Familien abzielen.

Durch bessere Rahmenbedingungen für Hochschule, Wissenschaft und Forschung wollen wir den Wissenschaftsstandort kreativer und wettbewerbsfähiger machen.

[Bundesregierung 2021]

KINDERSCHUTZFRAGEN ERFORSCHEN

Im Gegensatz zu seltenen Erkrankungen sind Kinderschutzfragen bei Erkrankungen und Gesundheitsproblemen häufig. Eine strukturierte Versorgungslandschaft ermöglicht wissenschaftliche Arbeit. Diese Kinderschutzfragen müssen an das neu einzurichtende Bundesforschungszentrum (Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit) adressiert werden.

FAZIT

Kinder und Jugendliche zu schützen ist eine zentrale Aufgabe der Gesellschaft. Auch das Gesundheitssystem muss seinen Beitrag dazu leisten können. Hier erfolgt nicht nur die medizinische Behandlung, sondern ihm kommt auch eine kritische Rolle bei der Detektion von Kindeswohlgefährdung, der Befunddokumentation und Bewertung zu. Dieser Beitrag kann nur gelingen, wenn die notwendigen Strukturen flächendeckend vorgehalten und nachhaltig etabliert sind, wenn alle beteiligten Disziplinen und Institutionen zusammenarbeiten und jede für sich leistungsfähig ist.

Jedes von einer Kindeswohlgefährdung betroffene Kind, das an irgendeiner Stelle im Gesundheitssystem vorstellig wird, soll als Kinderschutzfall erkannt werden und die jeweils notwendige medizinische Expertise und Hilfe erhalten.

Wir fordern die Bundesregierung und ihre Vertretungen dazu auf, eine flächendeckende, fachlich standardisierte und nachhaltige Versorgungsleistung im Gesundheitssystem zu schaffen, wie es die Eckpunkte dieses Positionspapiers beschreiben.

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V. (DGKiM e.V.)



Korrespondenzadresse:
DGKiM e.V.
Dr. med. Bernd Herrmann, 1. Vorsitzender
Frauke Schwier, Geschäftsführerin
E-Mail: info@dgkim.de
Internet: www.dgkim.de

Beteiligte Fachgesellschaften und Berufsverbände in alphabetischer Reihenfolge:

- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ e.V.)
- Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V. (DGRM e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ e.V.)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP e.V.)
- Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR e.V.)



BERUFSVERBAND KINDERKRANKENPFLEGE DEUTSCHLAND E.V. **BeKD e.V.**



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.



Das Positionspapier wird von weiteren Verbänden, Organisationen und Fachgesellschaften unterstützt. Eine Auflistung finden Sie unter: <https://www.dgkim.de/news/kinderschutz-in-der-medizin-verankern>

QUELLEN

Bundesärztekammer. (2021). (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021. [zitiert 15. Mai 2022]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

Bundeskriminalamt (BKA). (2021). Vorstellung der Zahlen kindlicher Gewaltopfer – Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2020. [zitiert 20. April 2022]. Verfügbar unter: https://www.bka.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Presse_2021/pm210526_kindGewalt.html

Bundesregierung. (2021). Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. [zitiert 26. April 2022]. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>

Gelles, R.J. & Perlman, S. (2012). Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect. Chicago IL: Prevent Child Abuse America (2012). [zitiert 20. April 2022]. Verfügbar unter: <https://preventchildabuse.org/>

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie: Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie weitere Änderung in § 4 der Richtlinie. [zitiert 26. April 2022]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand_BAnz.pdf

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 Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 35.

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 Ärzteblatt*, 108 (17), 187-294.

Herrmann, B.; Dettmeyer, R.B; Banaschak, S & Thyen, U. (2022): Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer Verlag. 4. Auflage. Berlin Heidelberg (in Druck).

Kinderschutzleitlinienbüro. (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, AWMF Registernummer: 027 – 06

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2021). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe - Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. [zitiert 20. April 2022]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Publikationen/Downloads-Jugendarbeit/erzieherische-hil-fe-5225112207004.pdf?__blob=publicationFile

Witt, A., Rassenhofer, M., Allroggen, M., Brähler, E., Plener, P. L., & Fegert, J. M. (2019). The prevalence of sexual abuse in institutions: Results from a representative population based sample in germany. *Sexual Abuse*. 2019 Sep;31(6):643-661. doi: 10.1177/1079063218759323. Epub 2018 Mar 5.

World Health Organization (WHO). (2020). Global status report on preventing violence against children 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization. [zitiert 23. Februar 2022]. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332394>

Bildnachweise: Adobestock.com: © izumikobayashi (S. 1), © ryrola (S. 2), © Halfpoint (S. 5), © Seventyfour (S. 9)