



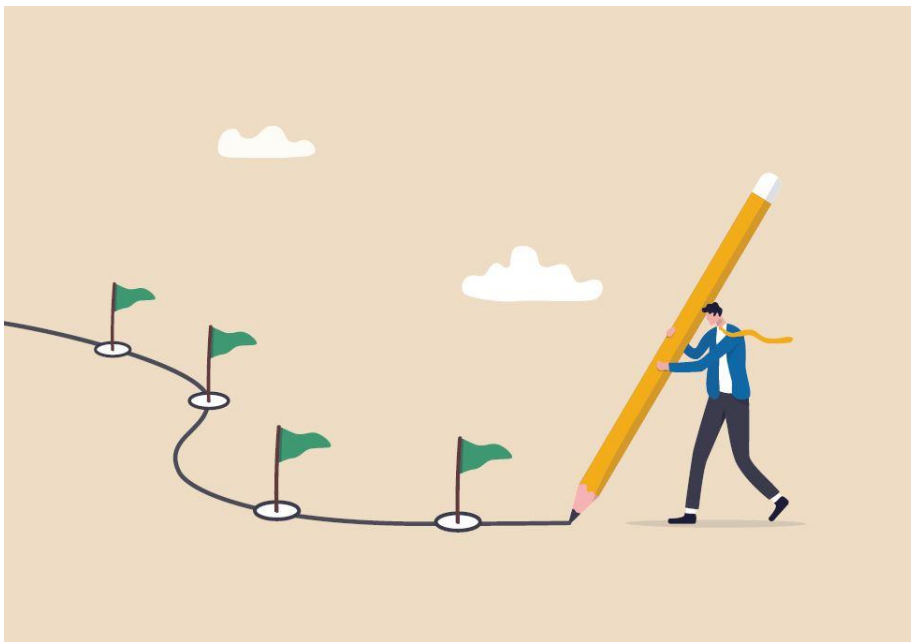
Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin

Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern
und Jugendlichen

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem

Version 2.0 - 05/2023



Leitfaden

Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin

Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem

AutorInnen

Frauke Schwier (Koblenz) unter Mitarbeit von: Sibylle Banaschak (Köln), Daniel Clauß (Chemnitz), Bernd Herrmann (Kassel), Matthias Kieslich (Frankfurt), Lisa Kurylowicz (Köln), Pia Manjgo (Landshut), Monica Naujoks (Düsseldorf), Johannes Neumann (Hamburg), Lotti Simon-Stolz (Homburg), Florian Trini (Fürth), Nadine Wilke-Schalhorst (Lübeck)

Veröffentlichung

Der Leitfaden wurde durch den Vorstand der DGKiM e.V. verabschiedet und im Mai 2023 veröffentlicht. Er beruht in Teilen auf dem Leitfaden Kinderschutz in Kliniken der DAKJ und DGKiM. Das Update des Leitfadens ist für das Jahr 2028 geplant.

Zitierweise

DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V.

Kontakt

DGKiM Geschäftsstelle

info@dgkim.de

Anmerkungen

Im Leitfaden wird die grammatikalisch männliche oder weibliche Form verwendet, gemeint sind jeweils alle Geschlechter (weiblich/männlich/divers).

Wird im Leitfaden von Eltern gesprochen, sind neben den leiblichen Eltern alle relevanten Bezugspersonen sowie Pflegeeltern des Kindes/Jugendlichen gemeint, die Erziehungsverantwortung für Kinder/Jugendliche wahrnehmen und regelmäßigen Kontakt mit ihnen pflegen. Nicht gemeint sind Bezugspersonen, die einem professionellen Auftrag nachgehen. Das Personensorgerecht für das Kind oder den Jugendlichen kann davon abweichen.

Der Leitfaden beansprucht nicht, der einzige und ausschließliche Weg zum Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder –missbrauch zu sein. Eine regelmäßige Anpassung und Aufnahme aktueller Erkenntnisse und Vorgehensweisen der wissenschaftlichen Fachdiskussion ist erforderlich und vorgesehen.

Der Leitfaden entbindet den Arzt nicht von der Überprüfung der individuellen Anwendbarkeit im konkreten Fall. Der Leitfaden dient lediglich als Entscheidungshilfe und ist rechtlich nicht verbindlich. Dies unterscheidet ihn von Richtlinien.

Der Leitfaden unterliegt einem Copyleft der DGKiM. Die Weiterverwendung ist unter Angabe der Quelle erlaubt und erwünscht.

*Der Leitfaden ist dem Bonner Kinderarzt, Mitbegründer und langjährigem Vorstandsmitglied und Schatzmeister der DGKiM und wesentlichem Motor der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie **Dr. med. Ingo Franke** (1963-2018) in Dankbarkeit für seine Verdienste für den medizinischen Kinderschutz gewidmet.*

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Kinderschutz in der Medizin hat sich in den letzten Dekaden als neues, komplexes, herausforderndes und über die Pädiatrie interdisziplinär hinausgehendes Fachgebiet etabliert. Diese Entwicklung ist eng mit der im Jahr 2008 gegründeten und im Jahr 2023 inzwischen fast 840 Mitglieder starken Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) verbunden. Die DGKiM unterstreicht mit diesem Leitfaden ihr Ziel, ein kinderschutzmedizinisches Versorgungskonzept zu etablieren.

Die Forderung „*Kinderschutz gehört in die Ausbildung jedes kinder- und jugendmedizinisch tätigen Arztes*“ ist mittlerweile in der Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) der Bundesärztekammer vom 15.11.2018 prominent verankert. Basiswissen und Fertigkeiten zum Kinderschutz müssen in der Facharztweiterbildung Kinder- und Jugendmedizin erworben werden. Das Zertifikat Kinderschutzmediziner*in DGKiM, das im Jahr 2023 von rund 400 Ärzten und Ärztinnen erworben wurde, weist über dieses Basiswissen und Fertigkeiten hinaus. Die im Jahr 2019 veröffentlichte AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie unter Federführung der DGKiM und das Erscheinen des ersten deutschen Fachbuches zu medizinischer Diagnostik bei Kindesmisshandlung in nunmehr 4. Auflage 2022, sind Grundlage für ein evidenz- und konsensbasiertes Arbeiten im Medizinischen Kinderschutz.

Orientierend an dem seit 2010 bekannten Leitfaden Kinderschutz an Kliniken sind mindestens 180 Kinderschutzgruppen an Kliniken gegründet worden und rund 100 Kinderschutzgruppen sind durch die DGKiM akkreditiert. Zudem wurden Kompetenzzentren für Kinderschutz oder auch die Medizinische Kinderschutzhotline zur Unterstützung der Fachkräfte im Gesundheitssystem gefördert und werden zukünftig hoffentlich dauerhaft in die Versorgung einbezogen werden können.

Wir haben uns entschlossen den seit 2010 vorliegenden Leitfaden Kinderschutz an Kliniken als Version 2.0 „Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin - Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ als Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem neu zu strukturieren und hoffen, dass Sie davon profitieren werden.

Ihre DGKiM

Inhalt

1.	ALLGEMEINE INFORMATIONEN	3
2.	PRINZIPIEN IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ	9
3.	STRUKTUREN IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ	11
4.	QUALITÄTSSTANDARDS FÜR MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ	44
5.	KOOPERATION UND VERNETZUNG	49
6.	FINANZIERUNG MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ	58
7.	AKTUELLE RECHTSNORMEN	65
8.	PRÄVENTIVER KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM	71
9.	INSTITUTIONELLE SCHUTZKONZEPTE	75
10.	ANGEBOTE DER DGKIM	81
11.	WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN	85
12.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	87
13.	LITERATURVERZEICHNIS	88
14.	ANHANG MIT DOKUMENTATIONSVORLAGEN	91

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

KINDERSCHUTZ IN DER MEDIZIN	3
GELTUNGSBEREICH UND ANWENDUNG DES LEITFADENS	4
KINDESWOHLGEFÄHRDUNG	5
DEFINITIONEN VON GEFÄHRDUNGSARTEN	5

Anspruch der DGKiM: Etablierung eines kinderschutzmedizinischen Versorgungskonzeptes.



Abbildung 1: Kinderschutzmedizinisches Versorgungskonzept

- ✓ Flächendeckende Basisversorgung im Gesundheitssystem
- ✓ Planstellen für die Regelversorgung
- ✓ Kinderschutzgruppen als fester Strukturbestandteil von Kinderkliniken
- ✓ Kostendeckend finanziert über Gesetzliche und Private Krankenversicherungen und öffentliche Mittel
- ✓ Kompetente Ansprechpartner in den Bundesländern
- ✓ Förderung von wissenschaftlicher Arbeit und Datenerhebungen in den einzelnen Bereichen

1.1 Kinderschutz in der Medizin

Es ist die Aufgabe des Gesundheitssystem, bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, durch umfassende körperliche, psychische und Entwicklungsdiagnostik und entsprechende Interventionen, Verantwortung zur Abklärung, Abwendung und Beendigung einer möglichen Gefährdung zu übernehmen (s. Abb. 1). Der medizinische Kinderschutz umfasst die Prävention, Diagnostik und Intervention. Es wird eng mit entsprechenden Partnern innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems zusammengearbeitet, wobei sowohl Aufgabenbereiche, Versorgungsstrukturen als auch Zugangswege berücksichtigt werden müssen.

Grundlegende Aspekte für den Medizinischen Kinderschutz sind:

Fallunabhängige Aspekte

- ☞ Etablierung von Kinderschutz- und Netzwerkstrukturen im Gesundheitssystem
- ☞ Etablierung von systemübergreifenden Netzwerkstrukturen
- ☞ Konsequente Umsetzung der Inhalte der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie
- ☞ Kenntnisse zu rechtlichen Grundlagen, insbesondere zum Bundeskinderschutzgesetz¹ (s. Anhang „[Gesetz zur Kooperation und Kommunikation im Kinderschutz](#)“) als bundeseinheitliche Regelung für Berufsgeheimnisträger*innen im Umgang mit gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung

¹ Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen seit 10.06.2021 beachten

Fallbezogene Aspekte

- Verantwortungsübernahme
- Bewusstsein für Zuständigkeit und Aufgabe
- Risikoanalyse/Gefährdungseinschätzung mit Schadensprognose
- Leitfragen sollten u.a. sein: Was bedeutet das aktuell für das Kind? Was sollte und kann sich verändern? Was wird es für die Zukunft für das Kind bedeuten?
- Multiprofessionellen Ansatz verfolgen
- Systemübergreifende Kooperationen berücksichtigen
- Beteiligung der Kinder und Jugendlichen beachten

Ziele

Die Etablierung von Kinderschutzstrukturen im Gesundheitssystem und die Vermittlung von Fachkenntnissen bei den Fachkräften im Gesundheitssystem ist die Voraussetzung, um den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Der Leitfaden soll dazu beitragen, zum einen den Aufbau und die Pflege notwendiger Strukturen für ein Gelingen des Medizinischen Kinderschutzes aufzuzeigen. Zum anderen soll er Ärzten, Hebammen, Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitenden und weiteren Fachkräften der Heilberufe, die Kinder/Jugendliche und ihre Eltern fachlich betreuen, Handlungssicherheit im Umgang mit Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch bieten. Außerdem zeigt er präventive Ansätze auf, um frühzeitig Hilfebedarfe bei Familien zu erkennen. Der Leitfaden gründet auf den Inhalten der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie sowie fundierten Kenntnissen und Erfahrungen der Autoren.

1.2 Geltungsbereich und Anwendung des Leitfadens

Geltungsbereich und Adressaten

Der Leitfaden soll Fachkräften aus dem Gesundheitssystem zur Orientierung im Umgang mit Kindern und ihren Familien bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen dienen. Zu den Fachkräften zählen alle im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen (entsprechend Berufsgeheimnisträger nach § 4 (1) KKG), die Kinder und Jugendliche versorgen. Primär angesprochen werden Versorgungssektoren für Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus ist der Leitfaden auch an Berufsgruppen adressiert, die Schwangere und Eltern von Minderjährigen versorgen.

Anwendung und Lesbarkeit

Der Leitfaden bietet eine Übersicht der Versorgungsstrukturen im Medizinischen Kinderschutz und beinhaltet sowohl Vernetzungen innerhalb des Gesundheitssystem als auch die Kooperationen mit anderen Versorgungssektoren wie z.B. der Kinder- und Jugendhilfe/Jugendämtern.

Außerdem finden sich begleitende Information, Empfehlungen und praktische Hinweise für Fachkräfte aller Berufsgruppen mit Kinderschutz Erfahrung, darüber hinaus auch Hinweise für Fachkräfte, die diese erwerben wollen oder auch orientierende Schritte für Ärzte und Ärztinnen, die im Rahmen der Notfallversorgung mit einem Verdachtsfall konfrontiert werden.

Wichtig: Auch bei einer Notfallversorgung sollte im weiteren Verlauf jeder „Kinderschutzfall“ mit einem im Kinderschutz erfahrenen Arzt erörtert und die Fallverantwortung gemeinsam getragen oder sicher übertragen werden. Grundlegende Schritte, die durch Ärzte bei der Notfallversorgung beachtet werden sollten, finden Sie im Anhang ([s. Anhang Kurz-Dokumentationen](#)).

1.3 Kindeswohlgefährdung

Der Begriff Kindeswohlgefährdung ist ein Begriff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und ein unbestimmter Rechtsbegriff.

Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 BGB (s. Anhang „[§ 1666 BGB](#)“) liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren unveränderten Entwicklung der Umstände eine erhebliche Schädigung des geistigen oder körperlichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.

Der Begriff Kindeswohlgefährdung kann nicht durch Diagnosen wie Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauchs an Minderjährigen ersetzt werden. Die Diagnosen führen zur weiteren Abklärung im Sinne *gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung*. Diese Abklärung soll die objektive Befunderhebung mit entsprechender fachlicher Einschätzung aus Sicht der Medizin/des Gesundheitssystems in Bezug auf bestehende/eintretende Schädigungen und die zukünftige Entwicklung des Kindes/Jugendlichen beinhalten.

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind nicht exakt definiert. Es handelt sich um eine multimodale Einschätzung, essenziell sind nachvollziehbare Sorgen um das Wohl des Kindes. Daraus ergibt sich die Beschreibung von gewichtigen Anhaltspunkten als Auffälligkeiten mit Hinweischarakter auf eine Gefährdung.

1.4 Definitionen von Gefährdungsarten

Im Folgenden sind Definitionen aufgelistet, die als Hinweis für eine Kindeswohlgefährdung gelten und für die Erkennung, Abklärung und Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung hilfreich sind. Zu beachten ist, dass nahezu alle Gefährdungsarten mit unterschiedlichen Bezeichnungen verwendet werden. In Anlehnung an die Kinderschutzleitlinie benennt und definiert die DGKiM Gefährdungsarten (in alphabetischer Reihenfolge) wie folgt:

Dental Neglect

(British Society of Paediatric Dentistry, 2020)

Dental Neglect ist eine anhaltende Vernachlässigung der erforderlichen Bedürfnisse eines Kindes im Bereich der Mundgesundheit, die zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der oralen, der allgemeinen Gesundheit oder Entwicklung des Kindes führen kann.

Emotionale/Psychische Misshandlung

(Kinderschutzleitlinienbüro, 2019)

Bei der psychischen/emotionalen Misshandlung beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen (beispielhaft):

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

4) Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten

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

Emotionale Vernachlässigung

(modifiziert Kinderschutzleitlinienbüro, 2019)

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

Damit sind beispielhaft gemeint:

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

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

Handel mit und Ausbeutung von Kindern

(Czarnecki, 2018)

Handel mit und Ausbeutung von Kindern ist eine Straftat. Zu den bekannten Erscheinungsformen gehören Adoptionshandel, Handel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung, der Begehung strafbarer Handlungen (u. a. Drogenhandel, Diebstahl), der Bettelerei oder des Organhandels, der Ausbeutung der Arbeitskraft und der Ausbeutung unter Ausnutzung einer Freiheitsberaubung. Neue Formen können hinzukommen bzw. sich verändern, auch die Strategien der Täterinnen und Tätern ändern sich. Das Internet spielt dabei zunehmend eine Rolle und eröffnet Täterinnen und Tätern mehr Zugangsmöglichkeiten zu (potenziellen) Opfern.

Körperliche Misshandlung

(Kinderschutzleitlinienbüro, 2019)

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/Jugendlichen und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen.

Körperliche Vernachlässigung

(Kinderschutzleitlinienbüro, 2019)

Körperliche (physische) Vernachlässigung stellt das „Versagen“, bzw. das Unterlassen der sorgeberechtigten Personen dar, für die minimal-notwendige Befriedigung physischer Bedürfnisse des Kindes (Nahrung, Flüssigkeit, Unterkunft, Kleidung, Schutz vor Gefahren oder Schaden) zu sorgen. Die mangelhafte Versorgung mit Nahrung bezieht sich auf eine längerfristige Unterversorgung und nicht auf das ein- oder zweimalige

Fehlen von Mahlzeiten. Das Fehlen von adäquater Unterkunft und Kleidung ist kontextspezifisch zu bewerten.

Der Schutz vor vorhersehbaren Gefahren oder Schäden umfasst sowohl mangelnde als auch unangemessene Beaufsichtigung und die dadurch verursachte Gefährdung des Kindes („child endangerment“).

Bei der Bewertung der mangelnden Beaufsichtigung ist besonders die Altersabhängigkeit hervorzuheben, da dasselbe Fürsorgeverhalten, das für Jugendliche adäquat ist, im Säuglingsalter als vollkommen inadäquat eingestuft werden kann.

Medical Neglect

(DGKiM, 2023; Jenny and Metz, 2020)

Als Diagnosekriterien für den Medical Neglect werden 5 Punkte definiert. Davon werden die ersten 3 Aspekte als Kernkriterien beschrieben:

- ein Kind wird geschädigt oder droht geschädigt zu werden aufgrund fehlender Gesundheitsfürsorge
- die empfohlene Gesundheitsfürsorge bietet signifikante Vorteile für das Kind
- der erwartete Nutzen der Behandlung ist signifikant größer als die Krankheitsschwere
- es kann nachgewiesen werden, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe existiert, diese aber nicht genutzt wird
- die gesundheitsfürsorgende Person versteht die ihr gegebenen medizinischen Behandlungsvorschläge

Münchhausen by proxy Syndrom (MbpS)

(Noeker und Keller, 2002)

Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom (MbpS) ist eine Form der Kindesmisshandlung, die darauf beruht, dass eine nahe stehende Person (in der Regel die Mutter) bei einem Kind Anzeichen einer Krankheit vortäuscht oder aktiv erzeugt, um es wiederholt zur medizinischen Abklärung vorzustellen. Ärzte werden so verleitet, nicht indizierte, multiple, oft invasive Eingriffe vorzunehmen.

Sexueller Missbrauch/Sexuelle Gewalt/Sexualisierte Gewalt

(modifiziert nach (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021)

Sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Kindern/Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wesentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

Diese sozialwissenschaftliche Definition bezieht sich auf alle Minderjährigen. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können. Die Handlungen sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit „einverstanden“ wäre.

In diesem Kontext ist auch sexuelle Gewalt mittels digitaler Medien zu nennen. Digitale Medien bieten Kindern und Jugendlichen viele Möglichkeiten, mit anderen zu kommunizieren, zu spielen und Videos zu schauen oder aber sich schnell Wissen anzueignen. Vor allem soziale Netzwerke und Chats im Internet bergen aber auch Risiken für sexuelle Gewalt. Denn Täter und Täterinnen versuchen hier aus der Anonymität heraus, mit Mädchen und Jungen Kontakt aufzunehmen. Sexuell gefärbte Dialoge, die Zusendung von pornografischen Inhalten, Erpressung oder Bloßstellung im Zusammenhang mit Sexting oder sogar die

Annäherung an Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, diese online oder offline sexuell zu missbrauchen - die Bandbreite möglicher Übergriffe ist groß.

Zeugenschaft von Gewalt

(modifiziert nach (Kinderschutzzentren, 2020)

Die Zeugenschaft von Gewalt zwischen ihren Eltern bzw. Bezugspersonen stellt für Kinder eine erhebliche Belastung dar. Auch wenn sie von der Gewalt nicht direkt betroffen sind, erleben sie intensive Gefühle von Angst bis hin zu Todesangst, Scham, Schuld, Wut, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Allzu oft sind sie mit ihren bedrängenden Fragen und Gefühlen allein gelassen. Insbesondere dann, wenn ihre Eltern/Bezugspersonen, aber auch beteiligte Fachkräfte mit der Bewältigung der Problemlagen der Erwachsenen beschäftigt sind. Daher gilt in einer helfenden Beziehung, Zugang zum Erleben der Kinder zu finden und Erlebtes in Worte zu fassen. Nach Möglichkeit sollen die Eltern/Bezugspersonen für die Situation ihrer Kinder sensibilisiert werden, damit mit ihnen gemeinsam ein gelingender Hilfeprozess gestaltet werden kann.

2. PRINZIPIEN IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ

Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachkräfte, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Medizinischer Kinderschutz bezieht sich auf den Erhalt und/oder die Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Kinder, bei denen diese gefährdet ist.

Anspruch der DGKiM: Innerhalb des Gesundheitssystems sollen die Prinzipien des Medizinischen Kinderschutzes von allen Beteiligten im Gesundheitssystem getragen und für Ihre Umsetzung gesorgt werden.

Verantwortung und Garantenstellung

Garanten sind neben den Eltern, weiteren engen Familienangehörigen und Lebenspartnern, Personen, denen von den Eltern die Aufsicht über das Kind übertragen wurde, das Jugendamt und die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe, sofern sie entsprechende Verträge mit dem Jugendamt geschlossen haben.

Als weitere Garanten kommen nach dem Gesetz für Kommunikation und Information im Kinderschutz (§ 4 KKG) insbesondere die Berufsheimnisträger nach § 4 KKG in Betracht. Jeder Einzelne trägt eine Verantwortung für das Kind und hat entsprechend eine Garantenpflicht für die Gesundheit des Kindes, die nicht dem Geheimnisschutz der Eltern dient. Hat der Berufsheimnisträger den Eindruck, dass relevante Versorgungsdefizite bestehen, steht dieser in der Pflicht zu handeln. Die Befugnisnorm des § 4 KKG beschreibt die rechtliche Grundlage, die es dem Berufsheimnisträger erlaubt, das Jugendamt (als Inhaber des staatlichen Wächteramtes nach § 8a SGB VIII) darüber zu informieren (s. Abb. 11).

Präventiver und hilfeorientierter Kinderschutz

Das primäre Ziel im Medizinischen Kinderschutz ist, dem Kind und dem Familiensystem Hilfen zur Veränderung zu geben, um eine weitere Gefährdung abzuwenden und eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. In den Fällen, in denen eine Gefährdung nicht allein durch Hilfen abgewendet werden kann, sind intervenierende Schritte in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe zu ergreifen, um den Schutz zu gewährleisten.

Das Kind steht mit seinen Bedürfnissen im Zentrum

Während der gesamten Versorgung eines Kindes sollte das Kind im Fokus bleiben. Dabei empfiehlt sich für die beteiligten Fachkräfte einige Leitfragen zu berücksichtigen:

- Was bedeuten die Einschätzungen für das Kind?
- Besteht ein Schutzbedarf des Kindes?
- Sind die Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen des Kindes berücksichtigt?
- Welche Veränderungen im Umfeld des Kindes können dazu beitragen, in Zukunft seine Bedürfnisse zu befriedigen?
- Welche Maßnahmen können zu einer positiven Entwicklung des Kindes beitragen?
- Wurde das Kind an dem Prozess altersgerecht beteiligt?
- Wurde das Kind über Entscheidungen informiert und einbezogen?

Stabile Strukturen als Arbeitsgrundlage in der eigenen Struktur

Im Gesundheitssystem und insbesondere in kinderversorgenden Einrichtungen soll der Kinderschutz integrierter Teil des Leistungsauftrages aller dort tätigen Professionen und Fachdisziplinen sein. Die fachgerechte Einschätzung einer Vernachlässigung, Misshandlung oder eines Missbrauches und das frühzeitige Erkennen von Unterstützungsbedarfen setzt Verschiedenes voraus: Aufmerksamkeit, Bereitschaft zur Erkennung von Bedarfen und Kenntnis der passenden Unterstützungsmaßnahmen sowie kinderschutzmedizinische Fertigkeiten und Fachkenntnisse zu den Formen von Gewalt und Vernachlässigung.

Für die einzelnen medizinischen Versorgungsstrukturen sind die spezifischen Aspekte in Kapitel 3 beschrieben. Für stabile Strukturen müssen folgende Punkte beachtet werden:

- Auftrag und Unterstützung durch die Geschäftsführung
- Auftrag und Unterstützung durch die Leitung der jeweiligen Einrichtung
- Ausreichendes zuständiges und fachlich qualifiziertes Personal
- Organisationsmanagement mit strukturierten Abläufen, Aufgaben und Zuständigkeiten

Systemübergreifende Vernetzung und Kooperation

Ziel der systemübergreifenden Kooperation ist, körperliche und psychische Gesundheit und Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern sowohl bei problematischen Verläufen als auch präventiv mit unterschiedlicher Fachlichkeit zu begleiten. Durch die Bündelung von verschiedenen Fachkompetenzen sind individuelle passende Hilfen möglich, angelehnt an (DGSF e.V., 2020).

Für das Gesundheitssystem ist insbesondere die Kooperation mit Jugendämtern unabdingbar.

Grundsätze für die fallbezogene Arbeit

Für die fallbezogene Arbeit gelten folgende Grundsätze:

- Strukturierte, evidenzbasierte Abklärung mit Formulierung einer Gefährdungseinschätzung und Schadensprognose aus medizinischer Sicht
- Abklärung im Vier-Augen/Ohren-Prinzip
- Nutzung systemübergreifender Kooperationen und Angebote
- Multiprofessioneller Austausch mit Fallbesprechungen im Team, Ggf. Fallkonferenzen bzw. Austausch mit dem zuständigen Jugendamt (z.B. Kinderschutz in der Klinik, s. Anhang [„Abläufe und Zuständigkeiten in der Klinik bei V.a. KWG“](#))

3. STRUKTUREN IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ

KINDERSCHUTZ AN KLINIKEN	11
MEDIZINISCHE KINDERSCHUTZAMBULANZ	28
KINDERSCHUTZ IN SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTREN	30
KINDERSCHUTZ IN DER KINDER- UND JUGENDARZTPRAXIS	31
KINDERSCHUTZ IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST	35
KOMPETENZZENTREN IM GESUNDHEITSSYSTEM	37
PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG	38
KINDERSCHUTZ IN DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG	44

Anspruch der DGKiM: Innerhalb des Gesundheitssystems sollen feste Strukturen zur kinderschutzmedizinischen Versorgung bestehen. Aufbau und Implementierung sollen von den verantwortlichen Leitungsebenen und Mitarbeitenden im Gesundheitssystem unterstützt werden.

Die Forderungen des Positionspapieres [„Kinderschutz im Gesundheitssystem verankern“](#) sollen realisiert werden.

3.1 Kinderschutz an Kliniken

Jede Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und jede Klinik, die Kinder und Jugendliche versorgt, muss eine Struktur zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung vorhalten. Die ambulante und stationäre Versorgung sollte feste Ablaufpläne beinhalten, sodass eine Versorgung auch zu Notfallzeiten gewährleistet ist. Für den stationären Bereich ist die Kinderschutzgruppe der Klinik verantwortlich und ansprechbar. Ambulante Vorstellungen sollten durch eine Kinderschutzambulanz (s. [Kinderschutzambulanz](#)) erfolgen, wobei die Finanzierung z.B. anhand einer Ermächtigung (s. [Finanzierung](#)) anzustreben ist.

Kinderschutzgruppe als Konzept für Kinderschutz in Kliniken

Medizinischer Kinderschutz ist eine Gesamtaufgabe der Klinik, bei der jeder einzelne Verantwortung für die gelingende Umsetzung trägt. Alle Kliniken sollen ein strukturiertes und verbindliches Konzept für die Arbeit ihrer Kinderschutzgruppe vorweisen, welches die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt und von der Geschäftsführung und den Leitungen der kinderversorgenden Kliniken und Abteilungen getragen werden muss. Die primäre Zielsetzung ist eine fachliche Gefährdungseinschätzung mit Schadensprognose aus der Perspektive des Gesundheitssystems (s. Abb. 2).

Für das Gelingen des Konzeptes Kinderschutzgruppe ist es unverzichtbar, dass es Unterstützung auf der Ebene Geschäftsführung und Leitungsebene der kinderversorgenden Kliniken und Abteilungen gibt. Erst durch den Auftrag durch die Geschäftsführung ist es möglich, Strukturen für die Kinderschutzarbeit an Kliniken aufzubauen und zu etablieren. Die Initiative zur Gründung einer Kinderschutzgruppe geht zumeist von dem ärztlichen Personal, bestenfalls von der Klinikleitung der kinderversorgenden Kliniken aus.

Eine Motivation für die Geschäftsführung und Klinikleitung, einen Auftrag zu erteilen und die entsprechenden Ressourcen zu schaffen, können Folgende sein:

- Nachkommen der Garantenpflicht
- Verpflichtung zur lokalen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Abrechnung der OPS 1-945
- Prestigegewinn für die Klinik
- Vorbeugung „schlechter Presse“
- Qualitätsstandard für die Klinik
- Erhalt von Auszeichnungen bspw. „Ausgezeichnet für Kinder“ von GKinD
- Erhalt der Akkreditierung der Kinderschutzgruppe durch die DGKiM

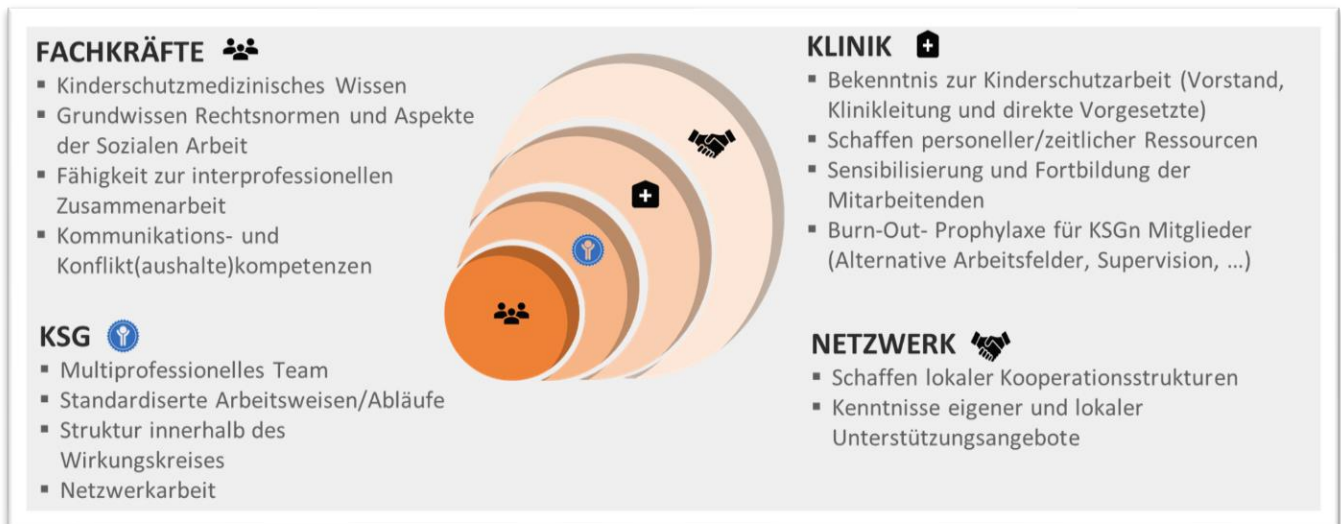


Abbildung 2: Kinderschutz in Kliniken

Das Konzept „Kinderschutzgruppe“ (s. Abb. 3) bedeutet nicht nur „Multiprofessionelles Team“, sondern beinhaltet auch weitere Qualitätskriterien.



Abbildung 3: Konzept Kinderschutzgruppe

Multiprofessionelles Team

Eine Kinderschutzgruppe ist ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Pflege- und Gesundheitsfachkräften, Sozialpädagogen und Psychologen oder Psychotherapeuten und ggf. weiteren Fachkräften anderer Professionen. Die Leitung obliegt in der Regel einem Facharzt für Pädiatrie, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kinderschutzgruppenarbeit ist Teamarbeit. Nur aus multiprofessioneller Sicht beurteilte medizinische und psychosoziale Befunde erlauben eine ausreichende diagnostische Sicherheit. Und nur mit ausreichender diagnostischer Sicherheit lassen sich Fehlbeurteilungen, die sowohl bei falsch positiver wie auch bei falsch negativer Einschätzung gravierende Folgen haben können, reduzieren.

Standards

Etablierung standardisierter Arbeitsweisen und Handlungsabläufe bei der fallbezogenen Arbeit. Die Arbeitsweise richtet sich nach den [Prinzipien des Medizinischen Kinderschutzes](#).

Der Handlungsablauf für den Prozess der Abklärung und der weiteren Planung für Kind und Familie ist standardisiert. Er beinhaltet eine mehrdimensionale multiprofessionelle Diagnostik, interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fallkonferenzen (s. Abb. 3).

Vor der konkreten Umsetzung in die tägliche Praxis müssen diese Standards in jeder Klinik individuell den örtlichen (personellen, strukturellen etc.) Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden. Diese so in jeder Klinik zu schaffenden internen Vorgaben haben den Zweck, zu Notfallzeiten und in Stresssituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden und einen fachlichen Standard im Sinne eines Qualitätsmanagements in der Versorgung körperlich, emotional und sexuell missbrauchter und vernachlässigter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten. Hilfreich kann die Verwendung eines Klinischen Pfades mit Dienstanweisung sein (s. Anhang [„Klinischer Pfad mit exemplarischer Dienstanweisung“](#)).

Struktur

Etablierung struktureller Voraussetzungen innerhalb der Klinik, bestenfalls des gesamten Krankenhauses.

Kinderschutz ist grundsätzlich eine im medizinischen Alltag integrierte Denkweise bzw. Haltung im Hinblick auf Sensibilisierung, Wahrnehmung und bewusste Beobachtung und gehört von daher in die Ausbildung jedes kinder- und jugendmedizinisch tätigen Arztes und weiterer Fachkräfte, die im Gesundheitssystem tätig sind. Es sollten kontinuierlich Fortbildungen für die einzelnen Berufsgruppen angeboten werden. Eine Einführung in die Abläufe bei Verdachtsfällen ist obligater Bestandteil der Einstellungsgespräche von Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Therapeuten.

Jede Verdachtsabklärung bzw. jeder Kinderschutzfall muss von einem multiprofessionellen Team (der KSG) geplant und begleitet, bzw. durchgeführt werden. Dieses steht den Stations-(Ober-)Ärzten beratend zur Seite. Das fachliche Vorgehen orientiert sich an der aktuellen, fachübergreifenden AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie. Entscheidungen in Kinderschutzfällen müssen als Teamentscheidungen in/mit der KSG getroffen werden. Eine notfallmäßige Einberufung der KSG sollte innerhalb von 24 Stunden, bzw. am nächsten Werktag möglich sein. Eine durchgängige (zumindest telefonisch beratende) Erreichbarkeit eines Mitgliedes der KSG ist anzustreben.

Die KSG trifft sich regelmäßig, bei Bedarf auch kurzfristig, zu interdisziplinären Sitzungen. Im Alltag gestaltet sich diese gemeinsame Terminfindung oft schwierig, hier sind zwingend strukturelle Voraussetzungen angepasst an die lokalen Möglichkeiten zu schaffen. Die Zustimmung der Klinikleitung als auch die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden ist für die Umsetzung notwendig. Die Klinikleitung ermöglicht der KSG ferner die eigene Fortbildung sowie die Supervision. Die Supervision gilt als wichtiges Instrument zur Reflexion, Gruppenfürsorge und eigenen Psychohygiene.

Netzwerk

Etablierung eines (internen) und lokalen Netzwerkes.

Erarbeiten von Kooperationsvereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Jugendämtern. Hierbei ist insbesondere auch die fallunabhängige Zusammenarbeit wichtig, um Arbeitsweisen gegenseitig kennenzulernen, zu verstehen und das andere System und die Arbeit seiner Fachkräfte zu respektieren.

Zusätzliche Kontaktaufnahme zur lokalen/regionalen Zusammenarbeit mit Arztpraxen, psychotherapeutischen Praxen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kinderschutzdiensten und Beratungsstellen. Dies gelingt zumeist über die Vermittlung von Informationen über die eigene Klinik als auch über die aktive Teilnahme an multidisziplinären Kooperations- und Arbeitskreisen.

Standardisierter Handlungsablauf bei V.a. KWG

Ein Verdacht steht im Raum

Der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung wird entweder direkt durch die Vorstellenden (z.B. Eltern, Kinder, Familienangehörige) bzw. andere Institutionen (z.B. Jugendamt, Polizei) gestellt oder die Mitarbeitenden der Klinik erkennen einen Verdacht aufgrund von Beobachtungen, anamnestischer Angaben und erhobener Befunde.

Vervollständigen von Informationen und Befunden und Information der Kinderschutzgruppe

Nach Vorstellung eines Patienten werden zunächst erste Informationen und Befunde im Rahmen der medizinischen Vorstellung eingeholt. Danach erfolgt eine Orientierung im Vier-Augen/Ohren-Prinzip. Die Dringlichkeit und Notwendigkeit des weiteren Vorgehens wird eingeschätzt. Die Diagnostik orientiert sich an den Standards der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie. Außerdem wird der Handlungsbedarf in Bezug auf den Schutz des Kindes eingeschätzt. Bei Vorstellungen in Kenntnis anderer Institutionen (Jugendamt, Polizei) erfolgt eine entsprechende Abstimmung zum weiteren Vorgehen. Im Zweifelsfall erfolgt falls nötig und möglich die stationäre Aufnahme des Kindes mit oder ohne Begleitung eines Elternteiles.

Die Kinderschutzgruppe wird informiert und die weiteren professionseigenen Aufgaben werden verteilt. Zur mehrdimensionalen Diagnostik gehören:

- Pflegebeobachtung, Eltern-Kind-Interaktionsbeobachtung
- Sozialpädagogische Diagnostik
- Kinderschutzmedizinische Diagnostik
- Psychologisch/Psychiatrische Diagnostik

Fallbesprechungen

Nach abgeschlossener Diagnostik wird anhand der vorliegenden Befunde und Informationen eine gemeinsame Beurteilung der Situation des Kindes/Jugendlichen aus Sicht der beteiligten Fachkräfte unter Beteiligung der Kinderschutzgruppe durchgeführt. Es werden dabei körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt, so dass eine Gefährdungseinschätzung aus Sicht der Klinik formuliert und dokumentiert wird. Im Einzelnen zählen dazu:

- Interdisziplinäre Gefährdungseinschätzung mit Diagnosen und Schadensprognose aus Sicht der Klinik (ggf. unter Zuhilfenahme externer Beratungen, z.B. Rechtsmedizinische Institute)
- Entscheid gegen oder für eine Gefährdungsmeldung ans Jugendamt, ggf. Organisation und Durchführung der Fallkonferenz mit dem Jugendamt
- Entscheid gegen oder für eine polizeiliche Anzeige
- Erarbeitung von Empfehlungen für Kind/Jugendlichen und Eltern bzw. eines aus medizinischer Sicht geeigneten Vorgehens zur zukünftigen Abwendung einer Gefährdung
- Klärung der weiteren Gespräche mit Eltern, Kindern/Jugendlichen (ggf. auch nochmalig nach einer geplanten Fallkonferenz)
- Klärung, ob eine Fallverantwortung von Seiten der Klinik nach Entlassung des Kindes/Jugendlichen möglich ist und wie diese umzusetzen wäre.
- Planung der abschließenden Fallkonferenz

Fallkonferenz mit/ohne Beteiligung des Jugendamtes

Die entwickelten Empfehlungen und Interventionen aus den Fallbesprechungen werden in einer Fallkonferenz mit den Sorgeberechtigten und ggf. den jugendlichen Patienten besprochen und dokumentiert. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung schließt sich eine gemeinsame Fallkonferenz mit dem zuständigen Mitarbeitenden des Jugendamtes an.

Die Fallkonferenz findet während des stationären Aufenthaltes statt, sodass klare Empfehlungen bzgl. der weiteren medizinischen und psychosozialen Betreuung des Kindes/Jugendlichen getroffen werden können. Die Interventionen umfassen medizinische, therapeutische, psychosoziale, ggf. vormundschaftsgerichtliche und andere juristische Maßnahmen. Alle Maßnahmen sollen mit den Kindern und Jugendlichen und den Sorgeberechtigten erörtert und abgesprochen sein. Der Zeitpunkt des Übergangs der Fallverantwortung an die Kinder- und Jugendhilfe muss klar kommuniziert werden.

Ist aufgrund der Einschätzung für das Kindeswohl das Hinzuziehen des Jugendamtes nicht nötig, ist häufig die Einleitung unterstützender Maßnahmen angezeigt. Aufgabe der KSG ist es, hierzu Hilfen anzubieten, zu vermitteln und dies auch entsprechend zu dokumentieren.

Abschließende rechtsverwertbare Dokumentation

Anamnese, Diagnostik, Befunde, Diagnosen, Gefährdungseinschätzung und Schadensprognose sowie die erarbeiteten Empfehlungen werden im Arztbrief und ggf. in weiteren internen Dokumenten verbindlich festgehalten.

Strategien und Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen

Ärzte (aus dem Bereich der somatischen Medizin)

Beschreibung In den ärztlichen Aufgabenbereich fällt zunächst die Erhebung einer genauen Anamnese sowie die Durchführung einer umfassenden körperlichen Untersuchung und ersten Einschätzung zur Entwicklung des Kindes mit anschließender gerichtstauglicher Dokumentation der vorliegenden Befunde sowie deren kinderschutzmedizinischen Bewertung. Gibt es Diskrepanzen zwischen den erhobenen Befunden und der von den Eltern angeführten Entstehungsgeschichte oder liegen andere Hinweise auf eine körperliche Misshandlung als Ursache einer Verletzung vor, so ist eine umfangreichere

Diagnostik, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern, notwendig, um das Ausmaß der aktuellen sowie auch möglichen älteren Schädigungen bzw. Verletzungen zu erfassen.

Bei den Fallbesprechungen hat die Entscheidung zur erweiterten kinderschutzbezogenen Diagnostik bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch in Absprache mit einem weiteren ärztlichen Kollegen entsprechend den Empfehlungen der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie zu erfolgen. Auch bisher weniger greifbare Gefährdungen des Kindeswohls wie emotionale Vernachlässigung oder psychische Misshandlung und deren Folgen sind Aufgaben der kinderschutzmedizinischen Diagnostik.

Aufgaben

Fallbezogene Aufgaben

- Erkennen von Verdachtsmomenten einer Kindeswohlgefährdung bei Vorstellung eines Patienten
- Erkennen von Unterstützungsbedarfen eines Patienten und der Familie
- Planung eines überlegten und koordinierten Vorgehens nach Standard (s. auch AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie) bezüglich Diagnoseerhebung, ggf. forensische Spurensicherung und Gespräche mit Kindern/Jugendlichen und Eltern
- Einbeziehung zur Diagnoseerhebung relevanter Fachgebiete
- Genaueste, gerichtstaugliche schriftliche Dokumentation sowie Fotodokumentation
- Einschätzung der Gefährdung von Geschwisterkindern
- Kommunikation mit Polizei, Staatsanwaltschaft und Gerichten
- Sachverständiger Zeuge vor Gericht

Fallübergreifende Aufgaben

- Leitung der Kinderschutzgruppe
- Kooperation mit Ämtern, Polizei und (weiterbehandelnde-)Einrichtungen der medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und anderen Bereiche

Umsetzung

- Erwerb Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM
- Teilnahme an Teambesprechungen, Fallbesprechungen und Fallkonferenzen
- Zuständigkeit für Fortbildungen von Mitarbeitenden in der Klinik
- Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Beschreibung

Die Aufgaben der Pflegekräfte sind sehr vielfältig. Im Vordergrund stehen die Anleitung und Unterstützung der Eltern in allen pflegerischen Maßnahmen, aber auch eine medizinisch-educative Begleitung. Spontan entstehende Gespräche während der Pflege- und Versorgungsmaßnahmen mit den Eltern basieren auf Vertrauen in die pflegerische Erfahrung und Professionalität der Pflegekraft. Ihnen bietet sich die besondere Gelegenheit rund um die Uhr mit den Eltern und Kindern zusammenzuarbeiten und diese in der familiären Interaktion zu beobachten und wichtige Informationen zu sammeln und darüber hinaus gehende Wahrnehmungen zu machen. So können in einem vertrauensvollen Klima auch defizitäre Bereiche der elterlichen Versorgung durch angepasste Interventionen besprochen werden. Besonders wichtig ist hierfür, dass eine professionelle und sensible Beziehung zu Eltern und Kind aufgebaut wird.

Der Pflegekraft bietet sich mit ihrem berufsspezifischen Auftrag inkl. ihrer berufsethischen Normen und den damit verbundenen Aufgaben eine gute Möglichkeit, Anzeichen für eine Gefährdung oder Unterstützungsbedarf zu erkennen. Sie können wichtige Informationen und Kenntnisse über das Kind beisteuern, die anderen Berufsgruppen vorenthalten bleiben. Dies ergibt sich aus dem längeren zeitlichen sowie engeren, ggf. auch emotionalen Kontakt zu Kind und Eltern. Vertrauen kann bei den Aktivitäten der täglichen Versorgung entstehen. Besonders wichtig ist es, im Umgang mit den Kindern und vor allem den Eltern, sich nicht von der eigenen Betroffenheit und seinen Emotionen leiten zu lassen (Stichwort: professionelle Distanz). Nur so kann ein möglichst objektives Bild der Gesamtsituation zusammengetragen werden.

Das Hauptaugenmerk liegt auf der sachlichen und wertfreien Beobachtung und Dokumentation des Verhaltens des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion. Wichtig ist dabei, die elterlichen Fähigkeiten im Umgang mit ihrem Kind zu beschreiben:

- Art und Intensität der Kommunikation mit dem Kind und zwischen den Eltern selbst
- Ausmaß an Zeit und Kommunikation, die sie ihrem Kind widmen
- Interesse der Eltern am Zustand des Kindes und dem stationären Verlauf
- Fähigkeit Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und ihren eigenen Wünschen voranzustellen
- Freundlicher, liebevoller oder unangemessener Umgangston? Verbale Aggressionen?
- Fähigkeit zur Impulskontrolle

Die meisten Eltern spüren anhand des Verhaltens des Personals und der (unbewussten) Stimmung auf der Station, dass sie verdächtigt werden. Bei Gesprächen mit den Eltern ist es daher wichtig, die Sorge um das Kind nicht durch einen unbewusst aggressiven oder vorwurfsvollen Ton zum Ausdruck zu bringen. Misshandelnde Eltern sind zumeist Eltern-in-Not, oft mit eigener Gewalterfahrung als Kind. Sie spüren meist recht genau das Misstrauen des Personals. Dennoch beinhaltet der professionelle Umgang mit der Situation, ein Interesse für die Eltern und ihre Probleme mit dem Kind zu entwickeln. Dies bedeutet, Hinweise auf Überforderung wahrzunehmen und darauf einzugehen. Den Eltern positiv gegenüberzutreten und sie ernst zu nehmen, heißt nicht, sie von ihrer Verantwortung freizusprechen. Es bedeutet auf lange Sicht, dass durch einen vertrauensvollen Ansatz dem Kind besser geholfen werden kann. Pflegekräfte haben hier eine fachliche Verantwortung und Fürsorgepflicht. Pflegekräfte können durch ihre fachliche Mitarbeit in der KSG dazu beitragen, die Einschätzung zu Kindern und ihren Eltern zu vervollständigen.

Der Umgang mit Eltern als mögliche Verursacher der Nöte ihrer Kinder ist eine Herausforderung, die im Team angesprochen und thematisiert werden sollte. Eine Pflegekraft jeder involvierten Abteilung soll als regelmäßiges Mitglied an den Sitzungen der KSG teilnehmen. Eine wichtige Funktion ist die Beratung ihrer Pflegekollegen, die das Kind betreuen. Dies gilt für die Dokumentation, aber auch die o.g. Verhaltens- und Umgangsaspekte.

Grundhaltung gegenüber Eltern/Kontaktpersonen

(modifiziert nach (Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln, 2015))

- Grundhaltung: Balance zwischen Empathie und Distanz
 - verstehen aber nicht einverstanden sein, immer auf das Kind bezogen bleiben
- Wertfreies Herangehen, d.h. klare, aber sachliche Beschreibung der Beobachtungen
 - keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe

- Vertrauensvoller Ansatz
 - Eltern positiv gegenüber treten
 - Vertrauensebene für gemeinsames Handeln schaffen
 - Eltern haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind
- Offenheit für Perspektivwechsel
 - Not, Sorge und Wut der Eltern wahrnehmen und anerkennen
 - Interesse für die Eltern und die Probleme mit dem Kind entwickeln
 - Hinweis auf Überforderung registrieren
- Transparenz
 - Informationen, eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen

Aufgaben

Aufgaben der Pflegekräfte

- Erkennen von Hinweisen auf Misshandlung/Vernachlässigung/Missbrauch
- Erfassen und Einschätzen der Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen
- Erkennen von Hinweisen auf eine Überforderung/Belastungen der Eltern oder auf eine fehlende Grundversorgung/Förderung des Kindes
- Einschätzung und Unterstützung der Kompetenz und Compliance der Bezugsperson und der familiären Interaktion im Stationsalltag
- Begleitung der Patienten und Hilfestellung bei ärztlichen Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen
- Sachliche und wertfreie Dokumentation der eigenen Beobachtungen des Kindes im Verhalten, der Kommunikation und der Eltern-Kind-Interaktion
- Weitergabe der Beobachtungen und Hinweisen an die Kinderschutzgruppe, ggf. Teilnahme an Fallbesprechungen/Helferkonferenzen

Aufgaben der Pflegekräfte der KSG

- Rücksprache mit den beteiligten Pflegekräften zur aktuellen Pflegesituation unter besonderer Berücksichtigung der adäquaten Versorgung des Kindes und der Interaktion mit den Bezugspersonen und Erstellung einer pflegerischen Zusammenfassung
- Unterstützung und Beratung der Kollegen in der Schicht bzgl. der pflegerischen Dokumentation und Formulierung der Beobachtungen, Anleitungssituationen oder Besuchszeiten
- Bündelung und Vertretung der relevanten Aspekte in der Kinderschutzgruppe

Umsetzung

- „Übergabe-Regelung“ bei Kinderschutzfällen auf der Station zwischen den Pflegekräften
- Benennung einer verantwortlichen Pflegekraft für den Kinderschutz, möglichst für jede Station/Abteilung/Ambulanzbereich
- Teilnahme an Stationsvisiten mit kinderschutzmedizinischem Schwerpunkt
- Teilnahme an Besprechungen der KSG, Fallbesprechungen und Fallkonferenzen
- Schulung der Pflegekräfte zu kinderschutzmedizinischen Themen, insbesondere der Dokumentation unter Berücksichtigung objektiver Beobachtungen/Informationen und subjektiver Einschätzung

Dokumentation – Pflegerische Aspekte

Damit keine Beobachtungen, Aussagen und subjektiven Eindrücke verloren gehen, müssen sie unbedingt genauestens dokumentiert werden. Aussagen sollten so wortgetreu wie nur möglich notiert werden. Beobachtungen und subjektive Eindrücke

sind als solche klar zu kennzeichnen, dennoch aber wichtig für die Gesamtbeurteilung. Auch Telefonate mit Eltern, Angehörigen oder Kinderärzten müssen aufgeschrieben und mit Datum, Uhrzeit und Name versehen werden. Alle für den Kinderschutz wichtigen Informationen sollten in einem separaten Ordner aufbewahrt werden, da Eltern ein Recht auf Ansicht der regulären Akte haben und somit die Pflegeberichte lesen können. Dies ist zum Anfang einer Verdachtsklärung jedoch nicht sinnvoll. Zur Ansicht der persönlichen Notizen der Extra-Akte gibt es kein Anrecht. Diese wird zunächst ohne Kenntnis der Eltern geführt. Auch bei eventuellen Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen müssen die Teile der Akte, die nicht der üblichen medizinischen Dokumentation entsprechen, nicht mitgeteilt werden (Herrmann et al., 2022).

Kleine Checkliste

Warum gesonderte Dokumentation durch die Pflege?

- Pflegekräfte haben einen deutlich engeren zeitlichen und emotionalen Kontakt zum Kind/Bezugspersonen. Beobachtungen sind wichtig, um ein umfassendes Bild der Gesamtsituation zu erhalten.
- Wichtig sind ein professioneller Umgang, eine fachliche Verantwortung und die Fürsorgepflicht der Pflege. Man darf sich nicht von eigener Betroffenheit und Emotion leiten lassen.
- Eltern spüren Stimmungen in Bezug auf einen verhaltenen Verdacht. Es ist hilfreich, immer die gemeinsame Sorge um das Kind in den Vordergrund rücken (s. Verhaltensregeln gegenüber Eltern).

Dokumentationsregeln

- Dokumentation von Aussagen sollten möglichst wortgetreu als Zitat notiert werden.
- Eigene Beobachtungen und subjektive Eindrücke sollten als solche klar gekennzeichnet werden.
- Telefonate immer mit Datum, Uhrzeit, Namen und Inhalt versehen: Auskünfte dürfen nur an dafür berechnigte Personen erfolgen.
- Folgende Dokumentation (s. Anhang) sollen angelegt werden:
 - [Pflegedokumentation](#), die sowohl den Pflege-/Körperstatus zur Aufnahme als auch Absprachen in Bezug des Kindes beinhaltet und die im Verlauf das Verhalten des Kindes und die Eltern/Besucher-Kind-Interaktionen wertfrei beschreibt.
 - [Besucherprotokoll](#), welches von jeder Früh- und Spätschicht ausgefüllt werden sollte.

Hinweise zur Pflegedokumentation

Abklärung und Absprache mit zuständigem Arzt/Kinderschutzgruppe

- Wer darf das Kind besuchen?
- Wer ist auskunftsberechtigt?
- Darf das Kind die Station verlassen und wenn ja, mit wem?
- Absprachen mit dem Jugendamt beachten und in der Akte vermerken.

Pflege- und Körperstatus des Kindes wertfrei dokumentieren

- Pflegezustand (schmutzige Kleidung, dreckige Fingernägel usw.; Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt waschen (Alle Spuren gesichert?))
- Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome? (Hinweis an das ärztliche Personal)

- Weitere Hämatome, wenn sie im Rahmen der Pflege auffallen, kein erneutes Entkleiden des Kindes bei Eintreffen auf Station nötig. Ggf. zu einem späteren Zeitpunkt nachtragen.
- Wichtig bei Verdacht auf akuten sexuellen Missbrauch/Vergewaltigung
 - Trägt das Kind noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?
 - Wenn ja, diese in separatem Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel – Feuchtigkeit zerstört DNA, sondern z.B. Papiertüten, die insbesondere in Ambulanzen vorrätig sein sollten); keine Kleidung vernichten/wegwerfen
 - Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt waschen (Alle Spuren gesichert?)

Verhalten des Kindes wertfrei dokumentieren

- Wie ist das Verhalten des Kindes dem Pflegepersonal gegenüber? (z.B. ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)
- Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten?
- Wie formuliert das Kind diverse Tätigkeiten und Begriffe (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien)
- Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?
- Wie schläft das Kind? (weint, schläft unruhig)
- Geniert sich das Kind? (altersentsprechend?)
- Wie verhält sich das Kind dem Pflegepersonal gegenüber in der Aufnahmesituation?
- Wie verhält sich das Kind den anderen Patienten gegenüber in der Aufnahmesituation?

Eltern-Kind-Interaktion wertfrei dokumentieren

- Elterlichen Fähigkeiten im Umgang mit ihrem Kind
- Art und Intensität der Kommunikation mit dem Kind und zwischen den Eltern selbst
- Ausmaß an Zeit und Kommunikation (z.B. Ablenkung/Unterbrechung durch Smartphone-Nutzung) die sie ihrem Kind widmen
- Interesse der Eltern am Zustand des Kindes und dem stationären Verlauf
- Fähigkeit der Eltern, Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und ihren eigenen Wünschen voranzustellen
- Umgangston und verbale Aggressionen durch die Eltern
- Fähigkeit zur Impulskontrolle
- Einhalten von Vereinbarungen

Weitere Beobachtungen oder Sonstiges ggf. als Freitext separat dokumentieren

- Gibt es besondere/auffällige Formulierungen für Tätigkeiten/Begriffe? (z.B.: Stuhlgang, Miktion, Genitalbezeichnungen)
- Beschreibt das Kind seine Lebenssituation? (Familie, Schule, Freunde, Hobbies, Lebenslage, ...)
- Äußert sich das Kind zum Grund des stationären Aufenthaltes? Zur Entlassung? Freude auf zu Hause?
- Wie ist das Schlafverhalten des Kindes? Unruhig, ruhig, geborgen, verängstigt?

Hinweise zur Besucherdokumentation

- Wer - kam wann - für wie lange zu Besuch?
- Wie war der Umgang zwischen Begleiter/Besucher und Kind?
- Wie ist die Reaktion des Kindes auf den (angekündigten) Besuch (z.B. erfreut, erschreckt, ...)?
- Wenn keine Änderung zu den vorangegangenen Schichten, bitte „Keine Veränderungen“ dokumentieren!

Psychiatrisches, psychologisches und psychotherapeutisches Arbeitsfeld

Beschreibung

Fachliche Kompetenzen dieses Arbeitsfeldes bestehen v. a. in vertieften Kenntnissen in Entwicklungs-, pädagogischer, Sozial- und Familienpsychologie, im Bereich der Gesprächsführung, im klinisch-diagnostischen Vorgehen, in Kenntnissen von Formen, Ursachen und Verläufen von Risiko- und Schutzfaktoren sowie in der Prävention von Gefährdungen. Entsprechende Berufsfelder sind Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und (Fach)Psychotherapeuten.

Die Arbeit bezieht sich sowohl auf die Kinder und Jugendlichen als auch auf die Eltern. Dabei ist die fachliche Expertise sowohl in der Akutphase der Beurteilung einer möglichen KWG, der Kommunikation dieser sowie in einer anschließenden notwendigen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung notwendig.

Psychologen stellen ein Berufsfeld in der multidisziplinären Kinderschutzgruppe dar. Wenn keine (Fach)Psychotherapeuten der Kinderschutzgruppe angehören, sind entsprechende Kooperationsvereinbarungen zu empfehlen.

Aufgaben

- Erkennung von Verdachtsmomenten einer Kindeswohlgefährdung bei Vorstellung eines Patienten
- Erkennung von Unterstützungsbedarfen eines Patienten und der Familie
- Durchführen einer validen testpsychologischen Diagnostik, welche durch eine ausführliche Exploration/Anamnese, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen des Kindes/Jugendlichen mit seinen Eltern sowie klinische Interviews und/oder Fragebögen ergänzt wird
- Dokumentation aller relevanten Informationen und entsprechende Interpretation sowie ggf. Diagnosestellung gemäß ICD-10
- Beurteilung der Erziehungsfähigkeit, Familieninteraktion und Bindung
- Beratung des Kindes/Jugendlichen und der Bezugspersonen bzgl. Hilfsangebote inkl. Planung mit allen Beteiligten
- Erstellung eines Therapie- und Hilfeplans, ggf. Weitervermittlung
- Weiterbetreuung: Berücksichtigung des § 35 KJHG, Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung Kooperation mit Ämtern, Polizei und (weiterbehandlungs-)Einrichtungen der medizinischen, sozialen und anderen Bereiche
- Teilnahme an Besprechungen der KSG, Fallbesprechungen und Fallkonferenzen
- Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen
- Zuständigkeit für Fortbildungen von Mitarbeitenden in der Klinik

Umsetzung

Das allgemeine Vorgehen erfolgt altersadäquat, leitliniengerecht, strukturiert und standardisiert, um valide und gerichtsverwertbare Informationen zu erhalten. Dabei soll der familiäre und kulturelle Kontext berücksichtigt werden.

Psychologische Exploration des Kindes/Jugendlichen

- Methoden: Gespräche, Spielsituation und gemeinsame Spielkontakte mit Eltern, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung

- Fragen zum Alltag und Lebensumfeld, um das Kind und seine Lebenswelt kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen
- im Gespräch über Symptomatik und Alltag den fraglichen Sachverhalt (Grund der stationären Aufnahme, die etwaige Misshandlung) einkreisen bzw. sich inhaltlich annähern (Traumanamnese)
- mit dem Kind/Jugendlichen abklären, was es über den Grund seines Krankenhausaufenthaltes denkt (was wurde ihm gesagt, was denkt oder befürchtet es selbst?), evtl. über den Grund aufklären und von möglichen Schuldgefühlen entlasten
- Fragen zur Symptomatik (Aufnahmearbeit): Art der Beschwerden, Dauer, Häufigkeit, Situationsabhängigkeit, Folgen und Umgang damit, eigene Erklärungen des Kindes dazu, Erklärungen der Bezugspersonen dazu
- hat Kind/Jugendlicher Sorgen oder Befürchtungen seine Bezugspersonen betreffend? Halten die Befürchtungen davon ab, sich offen mitzuteilen? Gesprächsbereitschaft abklären bzw. fördern oder herstellen
- bisherige Maßnahmen, Therapien, Hilfeangebote: gab es bereits Behandlungsversuche? Unternahm Kind/Jugendlicher Versuche, sich Hilfe zu holen?
- hat sich Kind/Jugendlicher schon einmal anvertraut? Wem? Erfahrungen damit? Besteht aktuell kinder- und jugendpsychotherapeutischer bzw. -psychiatrischer Behandlungsbedarf?

Psychologische Exploration der Eltern bzw. des Umfeldes

- Familienleben (V. a. Interaktionsmuster, Erziehungs- und Disziplinierungsstrategien), Zusammenleben in Kultur und Gemeinschaft, psychosoziale und medizinische Vorgeschichte der Familie (inkl. psychischer Erkrankungen der Eltern), erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister
- sozio-ökonomische Bedingungen, momentane Lebensbedingungen bzw. Wohnumfeld, aktuelle Belastungsfaktoren, Ressourcen und Stressoren in der Familie
- Problem- und Hilfeakzeptanz auf Seiten der Eltern
- störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes: Schwangerschafts-, Geburts- und Entwicklungsanamnese, Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität, Entwicklung im Kindergarten und der Schule, sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen, Freizeitverhalten, Selbstbild des Kindes/Jugendlichen
- Erstellen des Psychopathologischen Befundes: äußeres Erscheinungsbild; Kontaktverhalten und Kooperation; Psychomotorik; Sprache; Stimmung und Affekte; Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle; Funktionsstörungen; Gedächtnis, Merkfähigkeit, Orientierung, Bewusstsein; Denken; Ich-Störungen; Sinnestäuschungen; akute/latente Suizidalität
- Ggf. Diagnostik klinisch relevanter Symptomatik u. a. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, Ängste; Zwänge; Depressionen; Essstörungen; funktionelle und somatoforme Störungen; wahnhaftige Störungen; Schlafstörungen; Abhängigkeitsstörungen
- Der diagnostische Prozess beinhaltet gemeinsame Gespräche mit Kind, Jugendlichen und Bezugspersonen sowie getrennte Gespräche mit dem Kind, Jugendlichen und seinen Eltern. Die Diagnostik wird als ein Wechselspiel der Erhebung teils objektiver, teils subjektiver sowie lebensgeschichtlicher Daten verstanden.

Dokumentation

- Dokumentation von Beobachtungen, Symptomen, Verhaltensweisen unter Verwendung standardisierter Dokumentationsbögen
- Wichtige Äußerungen im Wortlaut dokumentieren, bei Möglichkeit technische Möglichkeiten nutzen (Kindern gut erklären)

Wichtige Aspekte

- Sich selbst vorstellen und die eigene Rolle transparent machen.
- Auftreten gegenüber dem Kind sollte von Empathie und Akzeptanz geprägt sein.
- Das Kind dazu ermutigen, Fragen zu stellen und selbst offene Fragen stellen.
- Ambiente und ggf. Spielsituation schaffen, die es dem Kind ermöglicht, freiwillig über Erlebtes zu berichten.
- Keine falschen Versprechungen machen.
- Offen, aber nicht konfrontativ mit der Problematik umgehen.
- Emotionale Bedürfnisse der Kinder berücksichtigen.
- Die Grenzen des Gegenübers im Gespräch akzeptieren.
- Vertraulichkeit erklären (Gesprächsinhalte werden nicht 1 zu 1 an Bezugspersonen und Dritte weitergegeben. Die bestehenden Grenzen in Bezug auf die Weitergabe von vertraulichen Informationen bei Gefährdungen müssen erläutert werden.)

Sozialpädagoge/Sozialarbeiter**Beschreibung**

Der sozialpädagogische Aufgabenbereich teilt sich in zwei Hauptarbeitsfelder. Der erste Bereich ist die konkrete Fallarbeit am Patienten, der zweite die interne und externe Netzwerkarbeit.

Nach Stellung eines Konsils und Information über die Gründe einer vermuteten Gefährdung führt der Sozialarbeitende ein erstes Elterngespräch. Es wird versucht durch sensible Beziehungsarbeit einen Zugang zu diesen zu finden und somit eine Basis zur Zusammenarbeit zu schaffen. Gleichzeitig werden dazu eine Sozialanamnese sowie eine entsprechende psychosoziale Diagnostik durchgeführt. Die Erkenntnisse werden mit dem fallverantwortlichen Arzt besprochen, ggf. ergeben sich hieraus weitere diagnostische Schritte.

Der Sozialarbeitende schätzt nach Abschluss der eigenen Diagnostik die Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung ein und bewertet diese entsprechend der professionseigenen Sicht.

Anschließend findet eine gemeinsame Gefährdungseinschätzung im multiprofessionellen Team der KSG anhand der Anhaltspunkte aus der sozialpädagogischen Diagnostik, der kinderschutzmedizinischen Diagnostik, den Beobachtungen aus der Pflege sowie der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Diagnostik statt. Aus dem erfolgten Risikoscreening und der abschließenden Bewertung zur Frage einer Kindeswohlgefährdung lassen sich das weitere Procedere sowie der erforderliche Hilfe- und Unterstützungsbedarf ableiten.

Im nächsten Schritt werden hierzu mit dem Familiensystem die in Frage kommenden Unterstützungsmöglichkeiten besprochen. Vor Entlassung wird, sofern der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und das Jugendamt informiert wurde, eine Fallkonferenz organisiert, an welcher die Eltern, Vertreter der KSG und die zuständigen Jugendamtsmitarbeitenden teilnehmen. In dieser werden Empfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten gemeinsam mit allen Beteiligten besprochen, schriftlich festgelegt und für den Zeitpunkt nach der Entlassung vorbereitet. In dieser Phase bis zur Entlassung findet ein enger Austausch zwischen den sozialpädagogischen Fachkräften der Klinik und dem Jugendamt statt, um möglichst rasch alle bis zur

Entlassung notwendigen Schritte einzuleiten bzw. durchzuführen. Die Eltern werden bis zur Entlassung weiter eng von den sozialpädagogischen Fachkräften betreut.

Die Sozialpädagogen agieren als Bindeglied zwischen den internen und externen beteiligten Professionen und fungieren zusammen mit dem kinderschutzverantwortlichen Facharzt als fallverantwortliche Case-Manager.

Aufgaben

Fallbezogene Aufgaben

- Case-Manager zusammen mit dem zuständigen Arzt
- Gespräche mit Eltern, insbesondere in Beratungsaufgaben hinsichtlich Hilfe- und Unterstützungsaufgaben
- Bindeglied zwischen den Institutionen Klinik und Jugendämtern
- Dokumentation

Fallübergreifende Aufgaben

- Netzwerkarbeit, Bündelung des Wissens über Erreichbarkeiten/Zuständigkeiten von Kinder- und Jugendhilfestrukturen sowie weitere Netzwerkpartner

Umsetzung

- Teilnahme an Besprechungen in der KSG, Fallbesprechungen und Fallkonferenzen.
- Teilnahme am externen Netzwerk und Mitarbeit an z.B. Arbeitskreisen mit der Thematik Kinderschutz.
- Bündelung und Verbreitung der Informationen des externen Netzwerkes an die Kinderschutzgruppe bzw. innerhalb der Klinik bei Fortbildungen oder als Berater.

Interventionen und Handlungsschema der Sozialberatung bei Verdacht auf KWG

Erstgespräch

Erhebung einer Familienanamnese/Sozialanamnese in Hinblick auf Belastungen und Ressourcen:

- Einbindung des Kindes in Familie, Familienzusammensetzung/Familienstruktur, Herausarbeiten der einzelnen Positionen
 - Soziale Kontakte
 - Berufliche Einbindung der Eltern
 - Finanzielle Situation
 - Belastungen bei Familienmitgliedern, evtl. Spannungen
 - Erziehungsprobleme oder ähnliches in der Vergangenheit
 - Besonderheiten, akute Zuspitzungen in letzter Zeit
- Erhebung der Dynamik beim Misshandlungs-, Vernachlässigungsablauf/Situationsdynamik
 - Problembewusstsein: bisherige Konfliktlösungsmuster bei Problemen
 - Art der Disziplinierung bei Fehlverhalten des Kindes (körperliche oder seelische Gewalt?): Beschreibung der Art, Ablauf und Häufigkeit von Gewalthandlungen
- Art der Förderung und Unterstützung des Kindes (emotionale und körperliche Vernachlässigung?): Beschreibung der Bedürfnisse des Kindes und Art und Ablauf der Unterstützung durch die Eltern

Fallbesprechung (ggf. vorher/nachher Austausch mit dem Jugendamt)

Informationen aus der Sozialanamnese oder auch Informationen des Jugendamtes beisteuern und mit den bisher erhobenen Informationen und Daten abgleichen. Anschließend gemeinsame Entscheidungsfindung mit Arzt bzw. Kinderschutzgruppe, welche Maßnahmen sinnvoll sind. Dies sind insbesondere:

- Einschätzung, ob Schutzmaßnahmen notwendig sind? Wenn ja, dann Meldung an das Jugendamt nach § 4 KKG ([s. Anhang „Meldebogen bei V.a. KWG“](#))
- Einschätzung, ob und welcher Hilfebedarf vorliegt? Austausch, welche Hilfemaßnahmen bekannt und sinnvoll sind (ggf. auch durch die freiwillige Kontaktaufnahme der Eltern mit dem Jugendamt „Laufzettel für Eltern“ s.u.).
- Abwägung, ob Mitteilung an das Jugendamt zweckmäßig ist? Fällt die Entscheidung zur Hinzuziehung des Jugendamtes, werden die Eltern darüber informiert und nach Möglichkeit deren Zustimmung eingeholt. Der Kontakt zum zuständigen Jugendamtsmitarbeiter wird aufgenommen und ein gemeinsamer Gesprächstermin festgelegt.
(Anmerkung: Der § 4 KKG befugt Berufsheimnisträger zur Informationsmitteilung bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine KWG, auch bei fehlender Zustimmung der Erziehungsberechtigten.)
- Abwägung, ob eine strafrechtliche Anzeige zweckmäßig ist?

Zweitgespräch mit der Familie (und ggf. Arzt/Psychologe bzw. Psychotherapeut)

- Schaffen von Problembewusstsein
- Erarbeiten von Lösungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten

Motivation zur Annahme von Hilfsangeboten und Herstellen von Kontakten zu weiterführenden Beratungsstellen, Frühe Hilfen etc.

Stolpersteine

Unterstützung & Akzeptanz in der eigenen Klinik

Das Konzept Kinderschutzgruppe kann nur aufgebaut werden und Bestand haben, wenn es von Seiten der Geschäftsführung und der Klinikleitung gewollt und von allen Mitarbeitenden getragen wird. Für die Etablierung des Konzeptes Kinderschutzgruppe bedarf es eines kontinuierlichen Planes, dass Fortbildungen für die Mitarbeitenden in Sachen Kinderschutzkenntnissen, aber auch das Wissen von Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten und Handlungsabläufen im eigenen Wirkungskreis und im Netzwerk sicherstellt.

☞ Unterstützung Geschäftsführung und Klinikleitung sicherstellen und Voraussetzungen für ein kontinuierliches Konzept schaffen. Regelmäßige interne Fortbildungen.

☞ Ansprechbar sein für Kinderschutzfragen in der Klinik. Eindeutige und frühzeitige Anordnungen für z.B. Pflegekräfte und Dienstärzte.

Einverständnis und Dokumentation

☞ Für Untersuchungen soll das Einverständnis der Sorgeberechtigten eingeholt werden (Cave: Sorgerechtsstreitigkeiten)

- ☞ Detailliertes, zeitnahes Protokoll
- Wer? Wann? Was?
 - Situation der Mitteilung wiedergeben
 - Wichtige Angaben möglichst im „Wortlaut“ wiedergeben
 - Verhalten des Kindes/Jugendlichen
 - Verhalten der Beteiligten
 - Detaillierte Protokolle der Fallbesprechungen und Helfergespräche

<i>Separate Dokumentation und Aktenführung</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Korrekte Fotodokumentation mit Sicherung der Daten, die nur für Befugte zugänglich sind <p>Damit keine Beobachtungen, Aussagen und subjektiven Eindrücke verloren gehen, müssen diese unbedingt genauestens dokumentiert werden. Aussagen sollten so wortgetreu wie nur möglich notiert werden. Beobachtungen und subjektive Eindrücke sind als solche klar zu kennzeichnen, dennoch aber wichtig für die Gesamtbeurteilung. Auch Telefonate mit Eltern, Angehörigen oder Kinderarzt müssen aufgeschrieben und mit Datum, Uhrzeit und Name versehen werden. Alle für den Kinderschutz wichtigen Informationen sollten in einem separaten Ordner aufbewahrt werden, da Eltern ein Recht auf Ansicht der regulären Akte haben und somit die Pflegeberichte lesen können. Dies ist zum Anfang einer Verdachtsklärung jedoch nicht sinnvoll. Zur Ansicht der persönlichen Notizen der Extra-Akte gibt es kein Anrecht, sie wird zunächst ohne Kenntnis der Eltern geführt. Auch bei eventuellen Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen müssen die Teile der Akte, die nicht der üblichen medizinischen Dokumentation entsprechen, nicht mitgeteilt werden (Herrmann et al., 2022).</p>
<i>Eskalation durch Konfrontation</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Ruhig bleiben, Eskalation vermeiden ☞ Kooperativer Umgang mit den Eltern ☞ Keine Aggression, keine Vorverurteilung ☞ Kontrollierte und nur „berechtigte“ Konfrontation ☞ Gemeinsame Orientierung an Schutz und Sicherheit des Kindes
<i>Nachhaltigkeit</i>	<p>Ein Zusammenbrechen, Auflösen, Einschlafen von Kinderschutzgruppen durch den Wegfall einer einzelnen Person gilt es zu vermeiden. Kinderschutzgruppen sollen nachhaltig sein: Kinderschutz als Ausbildung ist Aufgabe der Klinik.</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Regelmäßige Einbindung aller Stationsärzte in die Fallarbeit unabhängig ihrer Zugehörigkeit zur Kinderschutzgruppe. Frühzeitige Ausbildung weiterer Vertretungen für die Berufsgruppen der Kinderschutzgruppe. Regelmäßige interne Fortbildungen.
<i>Umgang mit einer belastenden Thematik</i>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Teamstärkung und Stabilisierung durch regelmäßige Teamsitzungen und Supervisionen. Gemeinsame Teilnahme an Arbeitskreisen und Fortbildungen. Fallnachbesprechungen. ☞ Schaffen einer Atmosphäre, die Offenheit, Respekt, Wertschätzung und Reflexion im Team zulässt. ☞ Eigene Grenzen kennen und erkennen. Sich seiner Rolle und Aufgabe bewusst sein.
<i>Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe</i>	<p>Die Kooperation zwischen Kliniken und der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere den Jugendämtern ist eine Säule im Medizinischen Kinderschutz. An der Schnittstelle der beiden Systeme können Kommunikationsschwierigkeiten auftreten. Größtenteils sind diese bedingt durch unterschiedliche Systemgrundsätze, die im jeweils anderen Arbeitsbereich unbekannt sind. Geringes Wissen um Organisationsstrukturen des anderen Arbeitsfeldes zusammen mit häufig bestehenden Unsicherheiten in rechtlichen Fragen (nicht nur bezüglich der Schweigepflicht!) führt zu fehlverstandenen Informationen, zu Verärgerung über angenommenes Verhalten und/oder nicht verstandene Entscheidungen oder notwendige Verfahrensschritte des jeweils anderen Bereiches.</p>

- ☞ Kontinuierliches Netzwerken mit gegenseitigem kennenlernen, verstehen, Erläutern/Erklären in Bezug auf Möglichkeiten, Sicht- und Arbeitsweisen der beiden Systeme bzw. Standorte.
- ☞ Erarbeiten gemeinsamer Abläufe, Kommunikationswege, Erreichbarkeiten, Zuständigkeiten u.a. in Form gemeinsamer Fortbildungen.
- ☞ Erreichbarkeit, Zuständigkeit und Möglichkeiten der eigenen Klinik nach außen transportieren. Die eigene Arbeit vorstellen. Die Arbeit der anderen Systeme verstehen wollen und wertschätzen.

3.2 Medizinische Kinderschutzambulanz

Kinderschutzambulanz

Die Kinderschutzambulanz ist eine spezialisierte Anlaufstelle innerhalb von Kliniken, in der Kinder und Jugendliche zur Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung aus Sicht der Medizin, ambulant vorgestellt werden. Die Zugehörigkeit zur Klinik ermöglicht es, weitere Fachdisziplinen wie Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen oder ggf. auch Rechtsmediziner per Konsil hinzuziehen. Notwendige weiterführende Diagnostik kann dann in der Klinik erfolgen oder auch eine stationäre Aufnahme unkompliziert veranlasst werden.

Neben dem somatischen Befund wird auch die psychosoziale Situation der Familie erfragt. Die medizinische Einschätzung einer Gefährdung erfolgt als Tandem durch einen Kinderschutzmedizinischen Arzt zusammen mit einem Psychologen/Psychotherapeuten oder Sozialpädagogen.

Eine ambulante Abklärung einer Gefährdungssituation ist nur bei sicherem Schutz des Kindes möglich, was häufig nach nur einmaliger Inaugenscheinnahme und fehlenden Hintergrundinformationen nicht qualitativ ausreichend fundiert möglich ist. Vor allem bei kleinen Kindern empfiehlt sich deshalb eine stationäre Aufnahme, zumal hier eine umfangreichere Diagnostik insbesondere auch Interaktionsbeobachtung und Beobachtung des ganzen Familiensystems stattfinden kann.

Der Arzt und ggf. Psychologe/Psychotherapeuten/Sozialpädagoge erstellen nach Abschluss der Diagnostik einen schriftlichen Befund mit Diagnose, einer kinderschutzmedizinischen Interpretation sowie weiterführenden Empfehlungen. Bei einer Vorstellung durch das Jugendamt oder die Polizei erfolgt die abschließende Rücksprache mit der Institution und der Bericht wird ggf. weitergeleitet.

Zusammensetzung des Teams

- Facharzt mit kinderschutzmedizinischer Erfahrung bzw. spezieller Qualifikation, ggf. weitere Ärzte
- Gesundheits- und Krankenpflegende
- Psychologe/Psychotherapeuten
- Sozialpädagoge

Die Abklärung erfolgt im sogenannten Tandem-Verfahren: Die medizinische Einschätzung einer Gefährdung soll mit mindestens einem Arzt und einer weiteren Fachkraft erfolgen. Andersherum ausgedrückt: sie erfolgt nicht allein durch eine Person.

Aufgaben

- Vollständige Akut- und Sozialanamnese, ausführlicher Untersuchungsbefund
- Verfassen von gerichtsverwertbaren Befundberichten (schriftliche, grafische und Fotodokumentation)
- Individuelle Abklärungspläne mit diagnostischer Abklärung durch mindestens zwei Fachkräfte des multiprofessionellen Teams (=Tandemverfahren Arzt und Psychologe/Psychotherapeuten Sozialpädagoge), Erweiterung der Diagnostik durch Hinzuziehen weiterer Fachdisziplinen
- Einschätzung der Gefährdung von Geschwisterkindern
- Elterngespräche
- Gespräche mit Kindern/Jugendlichen
- Kooperation mit Institutionen wie Jugendämtern, Polizei oder Staatsanwaltschaft
- Koordinative Aufgaben

Berufsspezifische Tätigkeiten und einzelne Aufgaben sind im [Kapitel 3.1](#) beschrieben.

Exkurs in Bezug auf ein Strafverfahren

Anlaufstelle für Opferzeugen² sexualisierter/körperlicher Gewalt

Kinderschutzambulanzen eignen sich als Anlaufstelle für Kinder und Jugendlichen, die Gewalt erfahren haben, da sowohl eine medizinische Abklärung als auch eine notwendige Versorgung erfolgen kann. Bei der Abklärung von sexualisierter oder körperlicher Gewalt kann ein Ermittlungsverfahren Teil der Abklärung sein. Der kind- und jugendgerechte Umgang durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten bei der Versorgung, aber auch durch Richter, Staatsanwälte und Polizisten im Ermittlungsverfahren darf dabei nicht aus dem Blick geraten. Ein gut strukturierter, kindgerechter und zentraler Ort sollte dafür zur Verfügung stehen, so dass Kindern/Jugendlichen die notwendigen Fachdisziplinen zur Verfügung stehen und ein fachlicher Austausch unter einem Dach gelingen kann.

Hinweis auf den Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das Strafverfahren finden Sie [hier](#).

Vertrauliche (Anzeigenunabhängige) Spurensicherung

Die Vertrauliche Spurensicherung ist eine anzeigenunabhängige Spurensicherung. Betroffenen werden eine gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Spurensicherung ohne sofortige Anzeigeerstattung ermöglicht. Betroffene haben somit die Möglichkeit, sich körperlich und mental zu erholen, sich Unterstützung zu holen und gemeinsam mit ihren Eltern die Option einer Anzeige zu überdenken. Der Schutz der Jugendlichen muss gewährleistet sein, ob durch Hinzuziehung der Eltern oder der Jugendhilfe ist im Einzelfall zu entscheiden. Bei Kindern scheidet dieses Verfahren meistens aus. Auch hier ist an den künftigen Schutz des Kindes zu denken. Dazu abrufbar ist folgender Leitfaden [„Verfahrensweise bei der ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“](#).

Abhängig von der Verwahrungszeit der gesicherten Spuren kann im Falle einer Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt auf die gesicherten Materialien zurückgegriffen und diese ausgewertet werden. Die Betroffenen sollten über die Dauer der Verwahrung informiert werden und dieses mit ihrer Unterschrift bestätigen. Die jeweilige Verwahrdauer variiert abhängig vom Versorgungsstandort (Balint et al., 2022).

Zur Behandlung gehören auch Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation sowie Laboruntersuchungen und einer ordnungsgemäße Aufbewahrung der sichergestellten Befunde, bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung sein können (Bundesgesetzblatt, 2020). Derzeit (Stand April 2023) gibt es dazu in keinem Bundesland Ausführungsbestimmungen.

Kenntnisse in Bezug auf Opferzeugen sexualisierter/körperlicher Gewalt als auch die der Anonymisierten Spurensicherung sollen in allen Kliniken vorhanden sein, ggf. auch das Wissen um mögliche Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche.

² Opferzeuge: Opfer eines Verbrechens, das vor Gericht selbst als Zeuge dieses Verbrechens gehört wird.

3.3 Kinderschutz in Sozialpädiatrischen Zentren

Sozialpädiatrische Zentren sind nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung. 1968 wurde von Prof. Hellbrügge in München die erste Einrichtung gegründet, hauptsächlich aus der Beobachtung und den Erfahrungen mit deprivierten Kindern heraus und der Notwendigkeit, diese Kinder früh erkennen und behandeln zu können und so vor drohender Behinderung zu schützen. Der Begriff „sozialpädiatrisch“ ging so auch in die Sozialgesetzbücher ein. Zurzeit gibt es bundesweit 162 (Stand November 2022) Sozialpädiatrische Zentren mit unterschiedlichen Strukturen und institutioneller Einbindung (DGSPJ e.V., 2023).

Die erprobte interdisziplinäre Arbeitsweise mit einem hohen Anteil an psychologisch/psychotherapeutischer Kompetenz und einer ganzheitlichen Sicht auf die Familien sowie der Möglichkeit einer langfristigen, kontinuierlichen Betreuung machen die SPZs nahezu idealtypisch zu Orten, in denen gefährdete Kinder nach einem stationären Aufenthalt sozialmedizinisch weiter betreut werden können.

Charakteristika der Sozialpädiatrischen Zentren im Vergleich zu anderen pädiatrischen Institutionen:

- Interdisziplinarität
- Hoher Anteil an psychotherapeutischen/psychosozialen und rehabilitativen Interventionen
- Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt
- Organmedizinisch orientierte und medizinisch-technische Interventionen nicht im Vordergrund
- Kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter
- Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst
- Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, Erfordernis eines hohen Organisationsaufwands (DGSPJ e.V., 2023)

Für ambulante Abklärungen, insbesondere von Auffälligkeits- oder Entwicklungsstörungen sind Sozialpädiatrische Zentren prädestiniert.

3.4 Kinderschutz in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Kinder- und Jugendarztpraxen spielen vor allem für den präventiven Kinderschutz eine besondere Rolle, da sie selbstverständliche Anlaufstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern sind. Vorstellungen zu Früherkennungsuntersuchungen, zur Beratung oder aufgrund von Beschwerden oder Verhaltens- und Entwicklungsveränderungen sind Praxisalltag.

Der Kinder- und Jugendarzt ist dabei sowohl beratend, aufklärend und Familien stärkend tätig als auch aufmerksamer Beobachter, um Hilfebedarfe oder auch Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Als Stufen für die präventive Arbeit in der Arztpraxis gelten:

- ☞ Stufe 1: Aufklärungsarbeit sowie Informationsvermittlung für alle Patienten.
- ☞ Stufe 2: Vermittlung freiwilliger Hilfsangebote nach Erkennung von Hilfebedarf für alle Familien mit Hilfebedarf wie z.B. in Belastungssituationen und mit Risikokonstellationen.
- ☞ Stufe 3: Durchführung einer Risikoanalyse der Situation des Kindes bei V.a. Kindeswohlgefährdung.
- ☞ Stufe 4: Einleitung weiterer Interventionen, wenn gewichtigen Anhaltspunkte für eine Gefährdung von Kindern bestehen.

Das Vorgehen bei Verdacht auf eine Gefährdung wird in den Abbildungen 4 und 5 beschrieben.

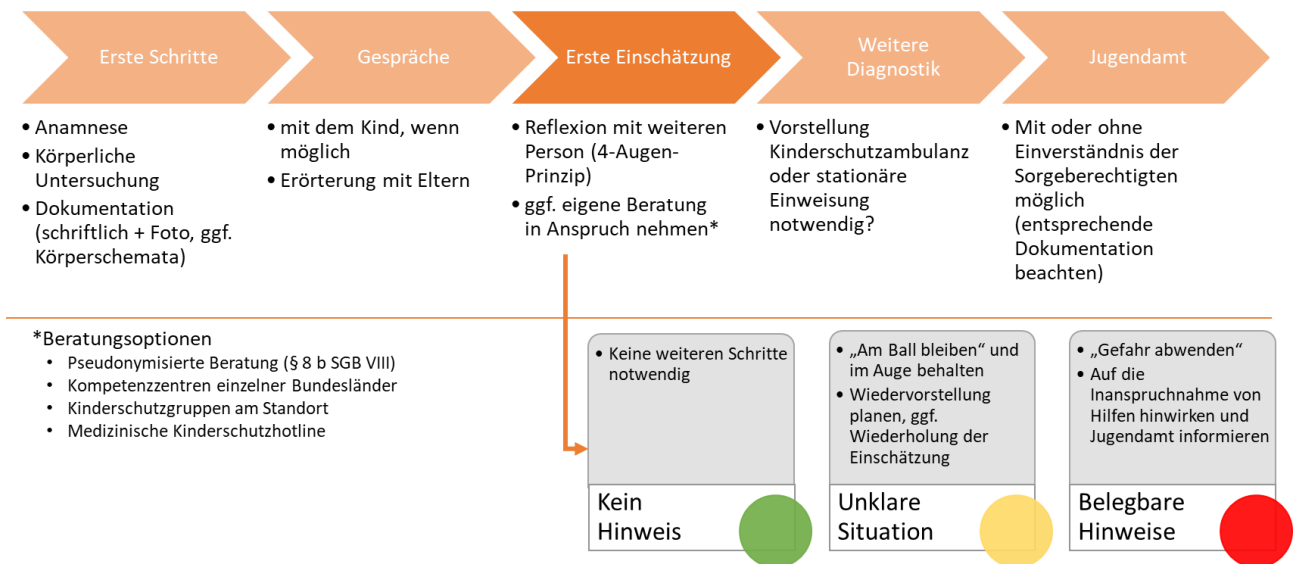


Abbildung 4: Vorgehen in der Arztpraxis bei V.a. Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei V.a. körperliche Misshandlung

Wichtig ist es, bei Verdacht auf gewichtige Anhaltspunkte in der Praxis zeitig eine weitere Person mit in das Behandlungszimmer zu nehmen. Dies erleichtert bei strittigen Gesprächen eine exaktere Dokumentation und erfüllt auch das 4-Augen-Prinzip.

Im Gespräch mit den Sorgeberechtigten und den Betroffenen sollte der Focus auf der gemeinsamen Sorge für das Kind/den Jugendlichen stehen und wertschätzend kommuniziert werden.

Bei Verdachtsfällen ohne sichere Anhaltspunkte für eine Gefährdung, ist es sinnvoll, die Familie im Blick zu behalten. Das kann über Listen und Patientenmarker in der Akte (z.B. Datenverlauf) erfolgen. Um die Familie im Blick zu behalten, können auch weitere Termine (Entwicklungskontrollen) anberaumt werden, um im Kontakt mit der Familie zu bleiben.

Bei auffälligen Befunden sollte mit dem Einverständnis der Eltern möglichst eine (standardisierte) Fotodokumentation erfolgen, wenn Sorgeberechtigte dies ablehnen, sollten Körperschemata zur Dokumentation genutzt werden.

Grundhaltung im Gespräch und Formulierungsbeispiele (modifiziert Hinsehen Erkennen Handeln, 2015)

Balance zwischen Empathie und Distanz

- Verstehen aber nicht einverstanden sein, immer auf das Kind bezogen bleiben

Wertfreies Herangehen

- Klare, aber auch sachliche Beschreibung der Beobachtungen
- Keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe

Vertrauensvoller Ansatz

- Eltern haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind

Offenheit für Perspektivwechsel

- Not der Eltern wahrnehmen und anerkennen

Transparenz

- Informationen, eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen

- „Ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass ...“
- „Ich vermute, dass ...“
- „Welche Erklärung haben Sie?“
- „Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe das aber etwas anders/ich vermute eher, dass ...“
- „Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“
- „Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“
- „Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“
- „Es ist Ihre Aufgabe als Mutter, für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen.“
- „Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“
- „In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen ... hilft.“
- „Ich erwarte, dass Sie das nächste Mal am ... zu mir kommen. Bis dahin machen Sie bitte ...“
- „Ich bin verpflichtet zu handeln, so dass ich mir keine Sorgen um das Kind mehr machen muss ...“

Weitere Hinweise zur Gesprächsführung finden Sie in Kapitel 3.1. und im Handout zur Gesprächsführung des KKG NRW [Handouts \(kkg-nrw.de\)](http://www.kkg-nrw.de).

Beratungsoptionen

Um sich bezüglich einer medizinischen Einschätzung sicher zu sein, besteht in einzelnen Bundesländern für Fachkräfte des Gesundheitssystems die Möglichkeit, sich im Rahmen von Landesprojekten an Rechtsmedizinischen Instituten beraten zu lassen (www.dgrm.de). In vielen Bereichen besteht das Angebot, sich mit den örtlichen Kinderschutzgruppen ([Alle Kinderschutzgruppen auf einen Blick — DGKiM](#)) bezüglich der Einschätzung z. B. einer Verletzung kurzzuschließen und das Kind zur weiteren Abklärung stationär einzuweisen.

Ferner besteht die Möglichkeit, sich anonymisiert beraten zu lassen, z.B. durch die Medizinische Kinderschutzhotline, Kompetenzzentren des entsprechenden Bundeslandes, lokale Kinderschutzgruppe oder eine insoweit erfahrene Fachkräfte (InSoFa/ISEF).

Praktisches Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung (KWG) in der Praxis

Fallberatung möglichst im 4-Augen-Prinzip



Abbildung 5: Praktisches Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, modifiziert nach KKG NRW und Kinderschutzmedizin Sachsen

Der DGKiM Arbeitskreises Kinderschutz in der Praxis erarbeitet aktuell ein Impulspapier für das Gelingen einer präventiven Arbeit in der Praxis:

Kinderschutz in der Arztpraxis gelingt, wenn

- ☞ ich sensibel und offen für die Thematik bin.
- ☞ ich fachliches Wissen habe.
- ☞ ich in der Arztpraxis ein Schutzkonzept für Kinder und Jugendliche habe.
- ☞ ich weiß, welche Strukturen ich für den Kinderschutz in der Arztpraxis brauche, die mich in allen drei Phasen der Prävention unterstützen.
- ☞ ich weiß, wie Primärprävention funktionieren kann.
- ☞ ich frühzeitig das Familiensystem stärke.
- ☞ ich weiß, wie ich Risikofaktoren frühzeitig erkennen kann.
- ☞ ich Kind, Geschwister und Familie im Blick behalte.
- ☞ ich weiß, wie ich es anspreche und damit umgehen kann.
- ☞ ich weiß, auf welcher rechtlichen Grundlage ich handle.
- ☞ ich weiß, von wem ich mich beraten lassen kann.
- ☞ ich weiß, auf welche Angebote im Gesundheitssystem ich zurückgreifen kann.
- ☞ ich weiß, auf welche Angebote im Sozialraum ich zurückgreifen kann.
- ☞ ich ein Team habe.
- ☞ ich selbstfürsorglich bin und meine Grenzen beachte.

Weitere Informationen für die Kinder- und Jugendarztpraxis

1. DAKJ: Praxisleitfaden Kindesmisshandlung: Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis; veröffentlicht 2013: [Kindermisshandlung: praktisches Vorgehen in der Praxis \(dgkim.de\)](https://www.dgkim.de/kindermisshandlung-praktisches-vorgehen-in-der-praxis)

2. KKG NRW: Leitfaden Kinderschutz in der Arztpraxis; veröffentlicht 2021: [P2106094 Broschuere A4 Leitfaden WEB 002 .pdf \(kkg-nrw.de\)](https://www.kkg-nrw.de/P2106094-Broschuere-A4-Leitfaden-WEB-002.pdf)

3. KKG NRW: Für den Fall, dass eine Gefährdungsmeldung beim Jugendamt notwendig wird, finden Sie hier ein Formular für die Meldung und für die Rückmeldung: [P2005009 Formular A4 Kindeswohlgefaehrdung 02.indd \(kkg-nrw.de\)](https://www.kkg-nrw.de/P2005009-Formular-A4-Kindeswohlgefaehrdung-02.indd)

3.5 Kinderschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der *DGKiM-Leitfaden Kinderschutzgruppen im Öffentlichen Gesundheitsdienst* wurde im Februar 2020 veröffentlicht. Dieser Leitfaden bietet Akteuren im Öffentlichen Gesundheitsdienst einen Überblick über Prävention und Interventionen für den Kinderschutz in der Medizin. Der Leitfaden ist abrufbar unter: [2020_10_02_ksg-leitfaden-im-oegd_version-1.pdf \(dgkim.de\)](https://www.dgkim.de/2020_10_02_ksg-leitfaden-im-oegd_version-1.pdf)

Folgender Auszug beschreibt die Situation im Öffentlichen Gesundheitsdienst und stellt zum einen den Präventiven Kinderschutz als auch den Wunsch einer engen Einbindung des ÖGDs in die medizinische Kinderschutzarbeit dar.

„Das Vorgehen, aber auch die Klienten der Kinderschutzgruppe im Öffentlichen Gesundheitsdienst unterscheiden sich von denen einer Akutklinik:

Werden in einer Klinik primär Kinder mit akuten Erkrankungen und/oder Verletzungen vorgestellt, werden im Öffentlichen Gesundheitsdienst Kinder im Rahmen verschiedenster (geplanter) Untersuchungen und Kontaktpunkte zu den unterschiedlichsten Zeitpunkten gesehen:

- a. Die Mitarbeiter von Schwangerenberatungs- und Familienplanungsstellen haben die ersten Kontakte mit der Mutter der Familie bereits während der Schwangerschaft und können hier erheblichen präventiven Einfluss nehmen.
- b. Gleiches gilt für das Team der Frühen Hilfen, das die Familien vom Zeitpunkt der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes betreuen kann. Der größte Teil dieser Betreuung liegt in der aufsuchenden präventiven und bedarfsorientierten Unterstützung der Familie im häuslichen Umfeld, wie z.B. alltagspraktische Unterstützung bei der Versorgung des Kindes und zur Verbesserung von Entwicklungsmöglichkeiten, Anbindung an verschiedenste Beratungsstellen, u.a. auch an die Jugendhilfe, Stärkung von Beziehungs- und Erziehungscompetenz, Förderung des gesunden Aufwachsens (Organisation und Begleitung zu Arztterminen - Kinderarzt/Gynäkologe/Psychiater, Frühförderstelle etc.), Wahrnehmung und Reduzierung von Risiken und Abwendung einer drohenden Kindeswohlgefährdung.
- c. Im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst werden die Kinder u.a. im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. In diesem Rahmen sollten **alle Kinder eines Jahrganges** gesehen werden!

Darüber hinaus finden in einigen Städten, Kommunen und Regionen (freiwillige) Untersuchungen der Kindergartenkinder (z.B. „4-jährigen-Check“) statt, ebenso Untersuchungen im Rahmen von Eingliederungshilfen (Kindergartenkinder, die von einer Behinderung/chronischen Erkrankung betroffen sind), zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (Schulkinder) und die Seiteneinsteigeruntersuchung (Schuleingangsuntersuchungen für Flüchtlingskinder). Es werden Gutachten im Rahmen von Schulausschlüssen/Schulabsentismus (z.B. in Zusammenarbeit mit dem Team des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes und/oder des schulpsychologischen Dienstes) erstellt.

Die Kollegen und Kolleginnen haben die Möglichkeit (mit der Zustimmung der Sorgeberechtigten) zu einem engen Austausch mit den Erziehern/Lehrern/Therapeuten, die oft einen guten Einblick in die „Problematik“ des Kindes/der Familie geben können (Zuverlässigkeit bzgl. des Besuches der Einrichtung, Entwicklungsauffälligkeiten, Zusammenarbeit mit den Eltern etc.) und gleichzeitig aber auch Vertrauenspersonen des Kindes und seiner Eltern sind und somit Unterstützer im Rahmen der Prävention einer Kindeswohlgefährdung sein können.

Die Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden von diesen im Umkehrschluss häufig als „Entlastung“ empfunden und können entsprechend genutzt werden, insbesondere

wenn die Sorge um eine Kindeswohlgefährdung besteht: Gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen wird z.B. über die Notwendigkeit einer erforderlichen Mitteilung beraten, ebenso über die Möglichkeiten der Verbesserung der Versorgung /Therapie des Kindes und die Hilfsmöglichkeiten für die gesamte Familie.

- d. Im Kinderzahnärztlichen Dienst werden im Rahmen der kinderzahnärztlichen Untersuchungen ebenfalls viele Kindergarten- und Schulkinder gesehen, im Verlauf sogar mehrfach.
- e. Auch die Kollegen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sind aufsuchend in den Schulen (und Kindergärten) unterwegs und nehmen z.B. an Unterrichtsbeobachtungen teil.
- f. Auch für Rat suchende nichtmedizinische und medizinische Fachleute kann die Kinderschutzgruppe bzw. der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Anlaufstelle sein (z.B. für Lehrer, Erzieher, Mitarbeiter und Betreuer in Flüchtlingsunterkünften etc.).

Es muss davon ausgegangen werden, dass im Rahmen dieser Vorstellungen, Besuche und Untersuchungen nach Etablierung der Kinderschutzgruppe und des Vorhandenseins eines einheitlichen Vorgehens innerhalb des Gesundheitsamtes vermehrt Familien mit Unterstützungsbedarf und Kinder mit den unterschiedlichsten Formen der (drohenden) Kindeswohlgefährdungen auffallen. Einen großen Anteil nehmen dabei die unterschiedlichsten Formen von Vernachlässigung (Unterlassen der gesundheitlichen Fürsorgepflicht, physische und emotionale Vernachlässigung) ein.

Durch die Kinderschutzgruppe ist neben der enormen Sensibilisierung für das Thema auch eine sachgebiets-/abteilungsübergreifende fachliche Austauschmöglichkeit und enge Zusammenarbeit möglich“ (Eulgem et al., 2020).

3.6 Kompetenzzentren „Kinderschutz im Gesundheitssystem“

Kompetenzzentren für Kinderschutz im Gesundheitssystem sind eine neue Entwicklung, wobei die Definition nicht einheitlich ist. Kompetenzen gibt es in vielen Einrichtungen. Die Besonderheit von entsprechenden Kompetenzzentren begründet sich nicht nur durch spezielles Wissen und Forschung auf dem Gebiet der Kinderschutzmedizin, sondern zeichnet sich je nach Struktur auch durch zusätzliche Aufgabenbereiche aus.

Aufgaben von Kompetenzzentren:

- Fallbezogene Kinderschutzarbeit
 - Ansprechpartner für (spezifische) medizinische Fragestellungen (Untersuchung des Kindes im Kompetenzzentrum)
 - (Pseudonymisierte) Fallberatung (telefonische Beratung und online-Mitbeurteilung von Befunden)
- Fallunabhängige Kinderschutzarbeit
 - Bereitstellung von Standards, Handlungsempfehlungen, Materialien und Formularvorlagen
 - Beratung/Unterstützung bei der Vernetzung (KSGs, Qualitätszirkel, Kliniken, Justiz, Kinder- und Jugendhilfe)
- Fortbildungsveranstaltungen im Gesundheitssystem (Ärzte und andere Fachkräfte der Heilberufe) und ggf. weiteren Fachkräften anderer Sektoren (z.B. Kinder- und Jugendhilfe, Justiz und Polizei)
- Bindeglied für das Kinderschutznetzwerk innerhalb des Gesundheitssystems und auch darüber hinaus
- Wissenschaftliche Datenerhebung und Auswertung der jeweiligen Zentren

Die Aufgabenbereiche und Angebote der bisher eingerichteten Kompetenzzentren sind inhomogen und reichen von ausschließlich Lehre und Forschung bis zu klinischer Mitbeurteilung von Patienten und Bewertung von patientenbezogenen Daten.

Good Practice-Beispiel ist z.B. das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW ([KKG NRW](#)). Hier ist die spezifische Fallberatung mit Fortbildungsangeboten und Materialien bezüglich aller Aspekte des Medizinischen Kinderschutzes mit einem interdisziplinären Ansatz (Rechtsmedizin und Pädiatrie) kombiniert.

3.7 Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen³

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen: Kindheit und Jugend prägen ein Leben lang die psychische Entwicklung. Wer als Kind oder Jugendlicher psychisch erkrankt, ist auch als Erwachsener psychisch stärker gefährdet als andere. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits vor dem 19. Lebensjahr. Fast jede fünfte unter 18-Jährige erkrankt innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung (Bundespsychotherapeuten Kammer, 2020).

Ambulante Versorgung: Zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zugelassen: Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird dabei überwiegend von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet.

Richtlinienpsychotherapie: Bei psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters stellt eine Richtlinienpsychotherapie einen wesentlichen Baustein einer leitliniengerechten Behandlung dar. Laut der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland (2019) nach § 295 SGB V erhielten 1,4 % aller gesetzlich versicherten Kinder und Jugendlichen eine Richtlinienpsychotherapie (Jaite et al., 2022).

Ambulante Psychotherapien: der formale Rahmen

Seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 finden erste Kontakte von Patienten und Psychotherapeuten bereits im Rahmen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ statt, welche der Abklärung von Beschwerden und der Festlegung des weiteren Vorgehens dient. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist seit dem 1. April 2018 vor Beginn der probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung verpflichtend. So erhielten die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Art Lotsenfunktion. Als Ergebnis der Sprechstunde werden die (Verdachts-)Diagnosen angegeben und es müssen Empfehlungen zum weiteren Vorgehen abgegeben werden. Zur Auswahl stehen: keine Maßnahme, eine Präventionsmaßnahme, die ambulante psychotherapeutische Akutbehandlung, eine stationäre Behandlung (Krankenhaus oder Rehabilitation), andere Maßnahmen außerhalb der gesetzlichen Versicherung, die Abklärung bei Hausarzt oder Facharzt oder eine ambulante Psychotherapie in den Verfahren systemisch/analytisch/tiefenpsychologisch fundiert/Verhaltenstherapie. Ambulante Psychotherapien werden zum überwiegenden Anteil in Form von regelmäßigen, in der Regel wöchentlichen Einzelgesprächen im Umfang von 50 Minuten über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Dabei umfasst eine Akutbehandlung 12 x 50 Minuten. Sie dient der Symptomreduktion bei akuten Krisen und kann auch in Anspruch genommen werden, um Patienten auf eine anschließende Therapie oder andere Maßnahmen vorzubereiten. Anschließend können bei Indikation Sitzungen einer Richtlinienpsychotherapie beantragt werden. Eine Kurzzeittherapie umfasst 24 Sitzungen. Die Langzeittherapien umfassen in den verschiedenen Verfahren unterschiedliche Sitzungskontingente (insgesamt 80-300 Sitzungen plus Bezugspersonenstunden).

Eine Langzeittherapie umfasst eine Verlängerung auf insgesamt

- 36 Sitzungen Systemische Therapie; plus 12 Fortführung (bisher nur für volljährige Patienten)
- 60 Sitzungen Verhaltenstherapie; plus 20 Fortführung
- 60 Sitzungen Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; plus 40 Fortführung

³ Verfasst von Dr. Sabine Ahrens-Eipper, Dr. Andrea Walter, Dr. Anne K. Liedtke und Sabrina Höft für die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)

- 160 Sitzungen Analytische Psychotherapie, plus 140 Fortführung

Zusätzlich sind im Verhältnis 1:4 Bezugspersonengespräche vorgesehen. Gruppenpsychotherapien mit 3 – 9 (bei zwei Psychotherapeuten 14) Patienten werden aktuell von Seiten des Gesundheitssystems deutlich gefördert. Dennoch stellen Gruppentherapien bisher nur 3% der abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen dar (Grobe and Szecsenyi, 2021).

Therapieverfahren und Leistungserbringer: Bei Kindern/Jugendlichen, die Richtlinienpsychotherapie erhielten, wurde am häufigsten Verhaltenstherapie eingesetzt (56,7 %), gefolgt von tiefenpsychologischer Psychotherapie (35,2 %) und Psychoanalyse (9,5 %). Die meisten Kinder/Jugendlichen wurden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandelt (insgesamt: 87,0 %) (Jaite et al., 2021).

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sind nach Erteilung der Approbation als Angehörige eines akademischen Heilberufes dazu befähigt, selbstständig und eigenverantwortlich psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren und zu behandeln und bei Bedarf relevante Bezugspersonen angemessen einzubeziehen. Sie sind Expertinnen für psychische Gesundheit und unterliegen zusammen mit den Psychologischen Psychotherapeuten einer eigenen Berufsordnung. Die Versorgung von Patienten, die in der Vergangenheit Vernachlässigung und/oder Gewalt ausgesetzt waren, oder es in einigen Fällen aktuell noch sind, ist Teil der regulären Tätigkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche. Ihre Verpflichtung zur Wiederherstellung des Schutzes des Kindes ist im Bundeskinderschutzgesetz geregelt.

Neben der Tätigkeit als Niedergelassene findet psychotherapeutische Versorgung durch diese Berufsgruppe auch an Hochschul- und Klinikambulanzen sowie auch im teilstationären und stationären Bereich statt (Klinikambulanzen, Hochschulambulanzen, Kliniken für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder-Rehakliniken etc.). Darüber hinaus sind sie in Beratungsstellen, Sozialpädiatrischen Zentren sowie in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, v. a. im Sozialpsychiatrischen Dienst zu finden.

Psychische Folgen von Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern: Der Ort, an dem Kinder dem höchsten Risiko ausgesetzt sind, Gewalt zu erfahren, ist die Familie (Straus et al., 2006). Es werden vier Formen von Misshandlung unterschieden: körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch. Schlagen, Schütteln, Anschreien, Vernachlässigen, Einsperren, sexueller Missbrauch, Abwerten und Nichtbeachtung sind Handlungen mit fatalen Auswirkungen für die betroffenen Kinder. Die Formen intrafamiliärer Gewalt sind Ausdruck einer tiefgreifenden Störung der Beziehung zwischen Eltern und Kind, die zu erheblichen gesundheitlichen Folgen auf der somatischen und der psychischen Ebene führen können. Dabei stellt auch das Miterleben von häuslicher Gewalt (z. B. Partnerschaftsgewalt), bei denen Kinder indirekt betroffen sind, ein erhebliches Risiko für Kinder dar (Kindler et al., 2006). Die psychischen Folgen sind umso schwerwiegender, je näher der Verursacher dem Kind steht (Herpertz-Dahlmann et al., 2005). Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit sind mit hohen Risiken verbunden, später psychische Störungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu entwickeln (Goldbeck, 2019). Die psychischen Folgen sind stets individuell und sorgfältig zu diagnostizieren. Sie hängen vom Schweregrad der schädigenden Einflüsse und den biologischen und psychologischen Eigenschaften des einzelnen Kindes ab, die seine Störanfälligkeit (Vulnerabilität) oder auch Widerstandsfähigkeit (Resilienz) beeinflussen. Laut aktuellem Forschungsstand entwickeln 40 bis 80 Prozent der von Misshandlung oder Missbrauch betroffenen Kinder in ihrem weiteren Entwicklungsverlauf psychische Störungen (Norman et al., 2012). Diese umfassen die gesamte Bandbreite psychischer Störungen: die klassische Traumafolge Posttraumatische Belastungsstörung, jedoch auch andere, wie Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, Essstörungen und Bindungsstörungen (Steil and Rosner, 2008).

Die neue AWMF S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen

2020 erschien erstmalig eine AWMF S3-Leitlinie (Rosner et al., 2020) speziell für die Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. Ihre Kernpunkte sind:

- Wie bei Erwachsenen sollte auch jedem Kind und Jugendlichen mit einer PTBS eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.
- Für eine komplexe PTBS sollte auch bei Kindern und Jugendlichen die Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei der die Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Bindungsschwierigkeiten.
- Bei Behandlungsbeginn sollte die aktuelle Gefährdung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen abgeklärt und bei anhaltender Bedrohung geeignete Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohles ergriffen werden. Bei Gefahr für Leib und Leben, also der akuten Kindeswohlgefährdung, muss unmittelbar eine Meldung (persönlich, schriftlich oder anonym) an das zuständige Jugendamt erfolgen. Es erfolgt dann eine Gefährdungseinschätzung, die Überprüfung der kindlichen Situation und ggf. erste Interventionen oder sofortige Maßnahmen zum Schutz des Kindes (Kindler et al., 2006).

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen

Aktuelle Studien (Münzer et al., 2015) zeigen, dass nur 41 Prozent der sexuell viktimisierten Kinder auf ihren Missbrauch bezogene therapeutische Hilfe erhalten. In den Befragungen der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) wurde ebenfalls deutlich, dass bei weitem nicht alle traumatisierten Kinder und Jugendliche ein passendes Versorgungsangebot erhalten. Es ist somit aktuell von einer massiven Unterversorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher auszugehen.

Reguläre Überprüfung der Indikation einer Psychotherapie

Kinder und Jugendliche, die Vernachlässigung und-/oder sexueller oder körperlicher Gewalt ausgesetzt waren, tragen ein hohes Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln. Daher sollte standardmäßig die Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung überprüft werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Kindeswohlgefährdung ein Trauma darstellen muss und nicht jedes traumatische Ereignis per se zu einer Traumafolgestörung führen muss. Dies gilt es patientenindividuell und sorgfältig zu überprüfen. Eine umfassende und fachkundige Anamnese und Diagnosestellung bilden die Basis jeglicher psychotherapeutischen Intervention. In den Leitlinien zur Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter (Steil and Rosner, 2008) wird empfohlen, bei der Diagnostik der Folgen drei Bereiche zu berücksichtigen:

- das prätraumatische Funktionsniveau des Kindes/Jugendlichen,
- das traumatische Ereignis selbst und
- dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt.

Empfehlenswert ist dabei die Nutzung aller verfügbaren Informationsquellen, die diagnostische Befragung des Kindes und der Eltern, Erhebung von Lehrer- und Erzieherurteilen inklusive Verhaltensbeschreibungen, Exploration von konkreten Verhaltensweisen und medizinische Vorbefunde. Dabei haben sich strukturierte Interviews als geeignete Instrumente erwiesen (Schneider et al., 2020). Auch das Verfahren CBCL (Child Behavior Checklist) (Döpfner et al., 2014; Plück et al., 2022) ist zur Einholung fremdanamnestischer Daten, neben der Befragung geeignet, um wertvolle Informationen über das Kind einholen zu können (1½-5 sowie 6-18 Jahre). Als störungsspezifisches Verfahren kann das Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Steil and Fücksel, 2006) eingesetzt werden. Beispiele für störungsspezifische Fragebögen sind die Revised Children's Impact of Event Scale (Perrin et al., 2005) oder das Essener Trauma-Inventar für Kinder

und Jugendliche (Tagay et al., 2011). Auch das Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK) (Deegener et al., 2009) sowie der North Carolina SDM® Fragebogen zur Beurteilung des familiären Risikos der Kindesmisshandlung/-vernachlässigung (NCDD, 2016) können Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung geben.

Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung über die Terminservicestelle

Gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche haben ein Anrecht auf eine psychotherapeutische Sprechstunde, wenn der Verdacht auf das Vorliegen behandlungsbedürftiger psychischer Probleme besteht. Die Sprechstunde ist der Türöffner zu einer Psychotherapie. Hier stellt der Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut fest, ob eine Psychotherapie indiziert oder ein alternatives Behandlungs- oder Unterstützungsangebot besser geeignet ist. Eine Sprechstunde dauert 25 Minuten und kann mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen bis zu zehnmal durchgeführt werden. Ohne eine solche Sprechstunde kann keine Psychotherapie beantragt werden. Um möglichst schnell einen Termin bei einer psychotherapeutischen Praxis zu bekommen, können gesetzlich krankenversicherte Familien die „Terminservicestellen“ der Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen. Die Terminservicestelle unterstützt bei der Terminfindung für eine psychotherapeutische Sprechstunde und ggf. auch bei der Vermittlung probatorischer Sitzungen oder einer Akuttherapie für eine weiterführende Behandlung. **Die Terminvermittlung soll innerhalb von vier Wochen erfolgen. Die bundesweit einheitliche Telefonnummer lautet: 116117**

Zusammenfassung

- ☞ Den betroffenen Kindern sollten aufgrund des hohen Erkrankungsrisikos (Traumafolgestörungen) standardisiert eine diagnostische Überprüfung der Indikation einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten werden. Diese sollte durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche oder Kinder- und Jugendlichenpsychiater entsprechend der Richtlinie durchgeführt werden.
- ☞ Wird eine psychische Traumafolgestörung festgestellt, sollte leitliniengemäß eine traumaspezifische psychotherapeutische Behandlung angeboten werden.

Entstehung eines Verdachtes während einer Behandlung - Vorgehen bei der Einschätzung der Gefährdungslage

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind häufig die ersten, denen ein Kind Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung berichtet. Sie haben eine besonders wichtige Funktion bei der Einschätzung von Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen.

1. **Erörterung der Wahrnehmungen:** Haben Berufsgeheimnisträger wie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen „gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen“, so sind sie verpflichtet, ihre Wahrnehmungen in angemessener Weise mit dem Kind und den Sorgeberechtigten zu erörtern. Dies darf jedoch nicht den Schutz des Kindes infrage stellen.
2. **Mit eigenen fachlichen Mitteln Abhilfe schaffen:** Psychotherapeut*innen sind angehalten zu versuchen, mit den eigenen fachlichen Mitteln Abhilfe zu schaffen und/oder
3. **Auf die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen hinwirken:** Wenn erforderlich, soll auf die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen hingewirkt werden, um für das Kind eine sichere Situation herzustellen. **Dies darf ebenfalls nicht den Schutz des Kindes infrage stellen.**

4. **Befugnis zur Informationsweitergabe gegen den erklärten Willen oder ohne Einverständnis des Kindes bzw. der Sorgeberechtigten.** Eine Befugnis zur Informationsweitergabe gegen den erklärten Willen oder ohne Einverständnis des Kindes bzw. der Sorgeberechtigten besteht, wenn dies zur Abwendung einer Gefährdung erforderlich ist und das Hinwirken auf die Inanspruchnahme weitergehender Hilfen nicht gelang, nicht möglich oder nicht verantwortbar ist.
5. **Mitteilung der Informationsweitergabe.** Die Informationsweitergabe sollte den Sorgeberechtigten mitgeteilt werden, es sei denn, durch diese Mitteilung ist der Schutz des Kindes gefährdet.

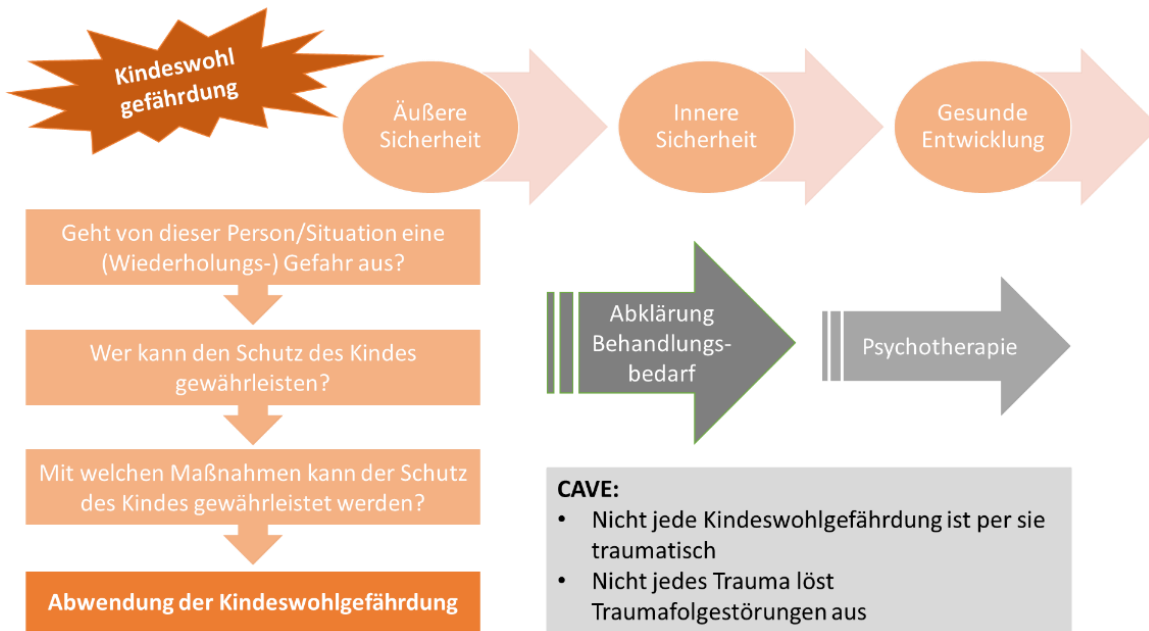


Abbildung 6: Was gilt es im Umgang mit Gewalt gegen Kinder und Jugendliche bezüglich der Abklärung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen?

Es lassen sich folgende Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung festhalten:

Auf Seiten des Kindes:	Auf Seiten der Eltern:
<ul style="list-style-type: none"> • Demographische Merkmale • Junges Alter • Männliches Geschlecht • Pubertät • Geringer Altersabstand der Geschwister • Physische Merkmale: schwierige Schwangerschaft, Geburtsprobleme, geringes Körpergewicht, gesundheitliche Probleme, Behinderung, Entwicklungsstörungen und unattraktives Aussehen • Verhaltensprobleme: schwieriges Temperament, Schlafstörungen, Schreikind, Fütterstörung, psychische Behinderung (zum Beispiel Autismus) 	<ul style="list-style-type: none"> • Junge Elternschaft • Wohnsituation, finanzielle Probleme, schlechte ökonomische Situation, soziale und sprachliche Isolierung • Niedriger Bildungsstand • Interaktionelle Faktoren wie Gewalt in der Familie, chronische Konflikte, antisoziales Verhalten der Eltern, familiäre Trennungen • Rasche Schwangerschaftsfolge • Fehlende Unterstützung von einem sozialen Netzwerk, auch in der Schwangerschaft • Eigene körperliche, seelische oder sexuelle Misshandlungserfahrungen, häufiges Fortlaufen und Erleben eines mehrmaligen Wechsels von Bezugspersonen in Kindheit/Jugend • Vorliegen von psychischen Störungen oder Auffälligkeiten hinsichtlich der

	Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Ängste) <ul style="list-style-type: none"> • Konsum von Alkohol, Medikamenten und Drogen • Krankheit und Behinderung • Kriminelle Vorgeschichte
<p>Cave: Aus keinem dieser Kriterien lässt sich per se eine Kindeswohlgefährdung ableiten, auch nicht aus der Kumulierung derselben. Es ist im individuellen Fall stets sorgfältig abzuwägen, ob und inwieweit die Bedürfnisse des Kindes in angemessener Weise befriedigt werden bzw. ob und in welchem Ausmaß Gefährdungen bestehen. Dabei müssen auf Seiten des Kindes Alter, mögliche Erkrankungen, Entwicklungsstand, besondere Bedürfnisse berücksichtigt werden, auf Seiten der Eltern Ressourcen und mögliche Kompetenzmängel sowie aktiv gefährdende Verhaltensweisen und das aktuelle Familien- & Helfersystem. Die Abwägung muss stets sorgfältig und unter Einbeziehung aller bestehenden Ressourcen und Gefährdungsmomente erfolgen.</p>	

- ☞ Eine enge Kooperation und Standardisierung der Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen, die Kinder versorgen, betreuen und behandeln (Schulen, Kindergärten, Jugendämter, Beratungsstellen, Polizei und Gericht) ist zur Wiederherstellung des Kinderschutzes und für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung in Fällen von Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen und/oder Gewalt gegen Kinder und Jugendlichen unerlässlich.

3.8 Kinderschutz in der zahnärztlichen Versorgung

Das zahnärztliche Behandlungsteam ist nicht allein dafür verantwortlich, eine Diagnose Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung zu stellen. Es sollte jedoch Anhaltspunkte dafür objektivieren und dokumentieren sowie die Bedenken in angemessener Weise mit den entsprechenden Stellen (wie Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendarzt, Kinderschutzgruppe oder zuständigem Jugendamtsmitarbeiter) teilen.

Die empfohlene Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Ärzten und Mitarbeitenden der Jugendämter impliziert die aktive Mitarbeit aller Beteiligten. Netzwerkstrukturen sollten aufgebaut und institutionalisiert werden. Das Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen oder Personensorgeberechtigten ist dabei zu beachten.

Es besteht keine gesetzliche Meldepflicht bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, jedoch eine Meldebefugnis nach § 4 KKG: Zur Abwendung einer Gefährdung des Kindes oder des Jugendlichen sind die Geheimnisträger [...Angehörige eines Heilberufes...] befugt, das Jugendamt darüber zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird (s. Abb. 11). In die Liste der Berufsgeheimnisträger wurden Zahnärztinnen und Zahnärzte im Jahr 2021 explizit mit aufgenommen.

Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung liegt beim Jugendamt.

Vorgehen bei Dentaler Vernachlässigung/Misshandlung (s. Abb. 7)

1. Status der Mundgesundheit erheben

- Alter & Entwicklungsstatus
- Zahn- und Pflegestatus
- Verletzungen im Mundbereich (unfallbedingt oder zugefügt)
- Differentialdiagnosen

Hinweis aus der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie:

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

2. Begleitumstände evaluieren

Bezogen auf das Kind

- Beeinträchtigung durch Karies
- Dauer & Ausprägung der Karies
- Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung

Bezogen auf elterliche Kenntnisse zur Mundgesundheit

- Wann wurden erste Auffälligkeiten bemerkt?
- Erfolgte bereits eine Aufklärung/Anleitung zur Mundgesundheit?
- Was wurde bisher in Bezug auf die Mundgesundheit unternommen?

Weitere Umstände

- Verfügbarkeit zahnärztlicher Versorgung in der Vergangenheit
- Kinder oder Eltern sorgen und öffnen sich



Abbildung 7: Vorgehen bei Dentaler Vernachlässigung/Misshandlung

3. Situation mit den Eltern und dem Kind erörtern unter Berücksichtigung der Begleitumstände

- Status & mögliche Beeinträchtigungen benennen
- Verständnis zur benannten Situation erfragen
- Angebote zur Veränderung der Situation erläutern

4. Beratung und auf die Annahme von Hilfen hinwirken

- Betreuung in der Zahnarztpraxis mit Anleitung zur effektiven Mundhygiene
- Behandlung & Wiedervorstellung vereinbaren
- Vermittlung von Hilfsangeboten vor Ort
- Bundesweite Beratungsangebote für Eltern und Kinder:
 - Frühe Hilfen für Eltern von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren
<https://www.elternsein.info/suche-fruehe-hilfen/>
 - Elterntelefon (0800 111 0 550) und Onlineberatung für Eltern www.bke-elternberatung.de
 - Kinder- und Jugendtelefon (116 111)
 - Hilfetelefon Sexueller Missbrauch (0800 22 55 530)

HINWEISE

Eine **eigene Beratung in Anspruch** zu nehmen, ist als Orientierung bei V.a. Kindeswohlgefährdung jederzeit möglich. Dazu stehen Zahnärzten folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Fachliche Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft nach § 4 II KKG, § 8b I SGB VIII (z.B. beim Jugendamt der Stadt oder Gemeinde regional erfragen)
- Kinderschutzgruppen an Kliniken → <https://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>
- Kompetenzzentren im Gesundheitssystem in einzelnen Bundesländern
- Medizinische Kinderschutzhotline → 0800 19 210 00

Bei Gewichtigen Anhaltspunkten für eine Misshandlung/Vernachlässigung sollte eine Ganzkörperuntersuchung durch einen Kinder- und Jugendarzt erfolgen: Kontaktaufnahme mit einer Kinderschutzgruppe bzw. dem Jugendamt (§ 4 KKG)

Hinweis aus der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie: *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.*

Hierbei sind insbesondere das Alter und der Entwicklungsstatus der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Hilfreiche Fragen bei V.a. Misshandlung:

- Passt die Verletzung zu der aktuellen Anamnese, dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes?
- Wird die Anamnese immer gleich berichtet?
- Gibt es eine verzögerte Vorstellung zur ärztlichen Versorgung ohne zureichende Erklärung?
- Gibt es (andere) ungeklärte Verletzungen in der Anamnese?
- Ist die Eltern-Kind-Interaktion angemessen?
- Ist eine kinder- und jugendärztliche Vorstellung erfolgt: Gibt es weitere Auffälligkeiten?

Siehe auch [„Handout Kinderschutz in der Zahnarztpraxis“](#) des KKG NRW.

4. QUALITÄTSSTANDARDS FÜR MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ

ETABLIERUNG VON STRUKTUREN	46
EVIDENZBASIERTES ARBEITEN	46
QUALIFIZIERUNG DURCH DIE DGKIM	47

Anspruch der DGKiM: Innerhalb des Gesundheitssystems sollen Qualitätsstandards in Bezug auf den Medizinischen Kinderschutz für Ärzte und beteiligte Fachkräfte, Kinderschutzgruppen, Kinderschutzambulanzen und Kompetenzzentren für Kinderschutz im Gesundheitssystem etabliert werden.

4.1 Etablierung von Strukturen

Kinderschutzstrukturen im Gesundheitssystem lassen sich etablieren, wenn die Unterstützung aller Leitungsebenen der entsprechenden Versorgungsstrukturen vorliegen. Bestenfalls besteht ein gesetzlicher Auftrag, um Strukturen in medizinischen Versorgungseinrichtungen zu schaffen. Voraussetzungen dafür sind:

- Personelle Ressourcen
- Strukturelle, räumliche und technische Voraussetzungen
- Standardisierte Abläufe
- Angebot für Fortbildungsmaßnahmen für den Medizinischen Kinderschutz
- Internes Beratungsangebot für Mitarbeitende zu Kinderschutzfragen (z. B. durch Kinderschutzgruppe, zertifizierter Kinderschutzmediziner DGKiM)
- Internes und externes Kinderschutz-Netzwerk
- Konzept zur Selbstfürsorge der Mitarbeitenden, die für Kinderschutzfragen verantwortlich sind
- Institutionelles Schutzkonzept
- Regelmäßige Überprüfung der vorhandenen Strukturen

4.2 Evidenzbasiertes Arbeiten

Grundlage der Diagnostik und fachlichen Einschätzung bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch ist wie in allen medizinischen Spezialbereichen der aktuelle wissenschaftliche Stand der Erkenntnis und Empfehlungen, wie er beispielsweise in den jeweils aktuell gültigen AWMF-Leitlinien zum Medizinischen Kinderschutz bzw. internationalen Leitlinien niedergelegt ist. Auf Aktualisierungen ist zu achten. Der behandelnde Arzt ist verantwortlich im einzelnen Fall nach der besten verfügbaren Evidenz zu urteilen und zu handeln.

AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie

Die AWMF S3+ Leitlinie für Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und –missbrauch unter Einbeziehung der Jugendhilfe und Pädagogik sowie weitere Leitfäden sind zum Download frei verfügbar unter www.dgkim.de/leitlinien.

Child Protection Evidence <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/>

Frei verfügbare Systematische Reviews des Royal College of Paediatrics and Child Health mit hohen methodischen Standards; Quelle der Evidenz für körperliche Misshandlung und Vernachlässigung.

4.3 Qualifizierung durch die DGKiM

Weitere Informationen zur Zertifizierung und Akkreditierung finden Sie unter [Zertifizierung und Akkreditierung – DGKiM](#).

Zertifizierung eines Kinderschutzmediziners (DGKiM)

Ärzte, die eine Spezialisierung im Medizinischen Kinderschutz anstreben, können ergänzend das „Zertifikat Kinderschutzmediziner DGKiM“ erwerben. Damit weisen sie ihre Befähigung zur eigenständigen kinderschutzmedizinischen Tätigkeit und Leitung einer DGKiM-akkreditierten Kinderschutzgruppe mit/ohne Kinderschutzambulanz nach. Ihre Befähigung bezieht sich sowohl auf theoretische Inhalte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch als auch auf praktische Fähigkeiten und persönliche Präsenzausbildung in einer Kinderschutzgruppe/-ambulanz.

Die DGKiM hat seit 2021 einen [Wissens- und Kompetenzkatalog Kinderschutzmedizin](#) veröffentlicht, der kein Lehrbuch ersetzt, sondern die inhaltlichen Grundlagen der Zertifikatsausbildung überwiegend schlagwortartig darstellt.

Zertifizierung Kinderschutz in der Arztpraxis (DGKiM)

Fachärzte, die eine Spezialisierung für den Kinderschutz in der Arztpraxis anstreben, können ergänzend das „Zertifikat Kinderschutz in der Arztpraxis DGKiM“ erwerben. Damit weisen sie ihre speziellen Kenntnisse für eine kinderschutzmedizinische Tätigkeit in der Arztpraxis nach. Diese Befähigung bezieht sich sowohl auf theoretische Inhalte zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuellen Missbrauch als auch auf praktische Fähigkeiten für die Kinderschutzarbeit in der Arztpraxis.

Die DGKiM hat seit 2021 einen [Wissens- und Kompetenzkatalog Kinderschutzmedizin](#) veröffentlicht, der kein Lehrbuch ersetzt, sondern die inhaltlichen Grundlagen der Zertifikatsausbildung überwiegend schlagwortartig darstellt.

Akkreditierung einer Kinderschutzgruppe (DGKiM)

Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Kinderkliniken und Kinderabteilungen und soll integrierter Teil des Leistungsauftrages aller dort tätigen Disziplinen sein. Zu diesem Zweck soll es in jeder Einrichtung ein an die lokalen Strukturen angepasstes Vorgehen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung geben, das dem fachlichen Standard der DGKiM entspricht. Dieses umfasst eine strukturierte, verbindliche Vorgehensweise mit entsprechender Diagnostik und Dokumentation und die Etablierung einer Kinderschutzgruppe. Jede Verdachtsabklärung bzw. jeder Kinderschutzfall soll von einem interdisziplinären Team, der Kinderschutzgruppe, geplant und begleitet werden. Als Grundlage gilt dieser Leitfaden.

Für die Akkreditierung einer Kinderschutzgruppe nach DGKiM gelten folgende Voraussetzungen:

Fachliche und personelle Voraussetzungen

- Die Kinderschutzgruppe setzt sich multidisziplinär zusammen und soll von einem Facharzt mit kinderschutzmedizinischer Qualifizierung geleitet werden. Als Nachweis gilt das Zertifikat Kinderschutzmediziner, vergeben durch die DGKiM.
- Die Kinderschutzgruppe muss aus mindestens 3 weiteren Mitgliedern bestehen. Es muss eine ärztliche Vertretung und bevorzugt eine Fachkraft aus dem psychosozialen Dienst und eine Fachkraft aus dem Pflegewesen benannt sein. Die Mitglieder sollen an fünf Kinderschutzfällen pro Jahr in den letzten beiden Jahren mitgewirkt haben.

Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen

Ziel der Organisation ist die zu jeder Zeit sachgerechte Versorgung im Verdachtsfall.

- Aus diesem Grunde muss ein Handlungsablauf für den Verdachtsfall in der Klinik vorliegen und eine notfallmäßige Einberufung der KSG sollte innerhalb von 24 Stunden, bzw. am nächsten Werktag möglich sein.
- Eine durchgängige (zumindest telefonisch beratende) Erreichbarkeit eines Mitgliedes der Kinderschutzgruppe ist anzustreben.
- Die Einleitung, bzw. Durchführung der leitliniengerechten Diagnostik bei Verdachtsfall muss gegeben sein.
- Eine Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen zur diagnostischen und beratenden Abklärung muss im Verdachtsfall umgesetzt werden.
- Es sollen standardisierte Dokumentationsmaterialien genutzt werden.
- Die Zusammenarbeit mit den Behörden wie dem zuständigen Jugendamt, der Polizei, dem zuständigen Familien- und auch Strafgericht muss gesichert sein.

5. KOOPERATION UND VERNETZUNG

ERFORDERNISSE UND BEDINGUNGEN 49

SYSTEMÜBERGREIFEN ARBEIT: „WAS MAN ÜBER ANDERE INSTITUTIONEN WISSEN SOLLTE“ 52

Anspruch der DGKiM: Kooperation und Netzwerkarbeit sind Grundlage für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, sollte diese abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden. Die Kooperationspartner aus Gesundheitssystem, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik sollen Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren (Kinderschutzleitlinienbüro, 2019).

5.1 Erfordernisse und Bedingungen

Neben der dialogischen und partizipativen Kooperation mit Eltern, Kindern und Jugendlichen erfordert ein systemübergreifender Kinderschutz den Aufbau und die fallunabhängige Pflege von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen durch die unterschiedlichen Hilfesysteme und deren Fachkräfte. Dabei sind strukturelle Angebote und Institutionen für alle Familien ebenso mitzudenken wie differenzierte Hilfen für Familien in schwierigen Lebenslagen. Einer gesamtstädtischen, integrierten Jugendhilfe-, Gesundheits-, Sozial- und Schulentwicklungsplanung kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Durch die zunehmende Ausdifferenzierung und die damit einhergehende Spezialisierung der professionellen Angebote im Bereich der Jugendhilfe, des Gesundheitssystems, der Schulen und des Gemeinwesens besteht ein erheblicher Kooperations-, Koordinierungs- und Vernetzungsbedarf im Bereich der Unterstützungs- und Hilfeleistungen für Familien (Santen and Seckinger, 2003).

Kinderschutz gelingt nur durch eine Vernetzung der einzelnen Fachkräfte, innerhalb der einzelnen Versorgungssysteme und durch die Vernetzung der Systeme untereinander. Ein wichtiger Punkt für gelingenden Kinderschutz ist daher die unabdingbare Vernetzungsarbeit und die Etablierung verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen der Kinderschutzgruppe und externen Partnern. Die Kernaufgaben stellt Abbildung 8 dar.

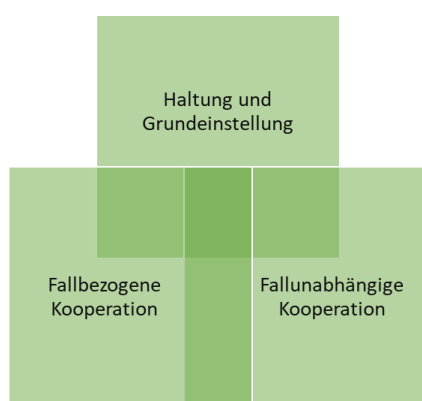


Abbildung 8: Kernaufgaben im Netzwerk

Es gibt verschiedenen Formen von Vernetzung (s. Abb. 9), mit denen die Fachkräfte im Gesundheitssystem in ihrer Arbeit zu tun haben: Kinderschutzgruppen sind interdisziplinär und multiprofessionell vernetzt. Außerdem gibt es weitere Vernetzungen zwischen den Einrichtungen des Gesundheitssystems selbst. Es gilt, gemeinsame Zielvereinbarungen, Kriterien im Wahrnehmen und Umgang mit Kindeswohlgefährdung und entsprechende Kooperationen auszuhandeln. Diese Vernetzung findet dann auch mit den anderen Systemen und Institutionen statt.

Mesostrukturelle Vernetzung findet im Rahmen der Vermittlung des Bezugssystems des Patienten in das externe professionelle Helfernetzwerk statt. Soziale Arbeit stellt den Ursprung der professionellen Netzwerkarbeit dar. Sie macht es sich zur Aufgabe, Menschen miteinander zu vernetzen, um Kompetenzen zu stärken (mikrostrukturelle Vernetzung). Netzwerkarbeit dient systemisch gesehen sowohl zur Diagnose- und Ressourcenanalyse als auch zur Intervention, um Ressourcen zu aktivieren.

Ziel der systemübergreifenden Kooperation ist, Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern sowohl bei problematischen Verläufen als auch präventiv mit unterschiedlicher Fachlichkeit zu begleiten. Durch die Bündelung von verschiedenen Fachkompetenzen sind individuelle passende Hilfen möglich (DGSF e.V., 2020).

Grundeinstellungen und Haltung Ziel: Gemeinsame Verantwortungsübernahme statt „Verschiebebahnhöfen“

- Wechselseitige Informationen über die andere Institution (Auftrag, Möglichkeiten und Grenzen)
- Klar geregelte Zuständigkeiten
- Arbeitsplanung und Verlässlichkeit, personelle Kontinuität
- Rollenklarheit der handelnden Personen
- Einhaltung des Datenschutzes und dementsprechende Regelungen zur Informationsweitergabe
- Gemeinsame Sprache
- Kommunikation auf Augenhöhe, Wertschätzung, Respekt, Transparenz und Ehrlichkeit, Reflexion und konstruktive Kritik/Evaluation

Fallunabhängige Kooperation ZIEL: Qualitätssicherung anhand Netzerkennung und kontinuierlichem Austausch

- Klärung von Verantwortung, Aufgaben, Möglichkeiten
- Gemeinsame Fortbildungen
- Erreichbarkeiten und Zuständigkeiten
- Qualitätszirkel

Fallbezogene Kooperation ZIEL: Fachlich Gefährdungseinschätzung und Versorgung eines speziellen Kindes/Jugendlichen/Familiensystems anhand der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten

- Koordinierte diagnostische Maßnahmen
- Besprechung der Ergebnisse in einer für alle verständlichen Sprache
- Verlässliche Absprachen bei der weiteren Betreuung des Kindes
- Wechselseitige Informationstransparenz

Stufen der Vernetzung

Systemübergreifende Vernetzung

Vernetzung im medizinischen Versorgungssystem

Vernetzung innerhalb des Krankenhauses

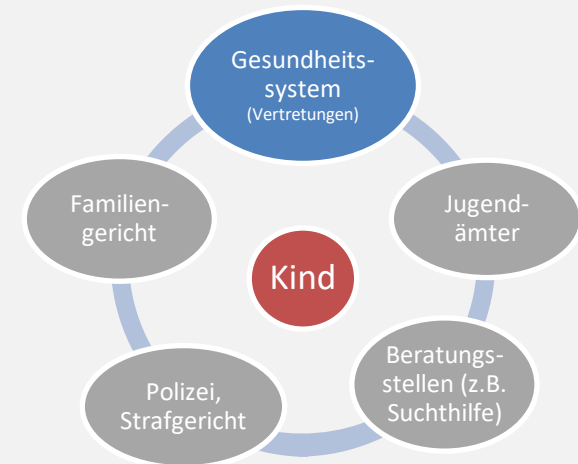
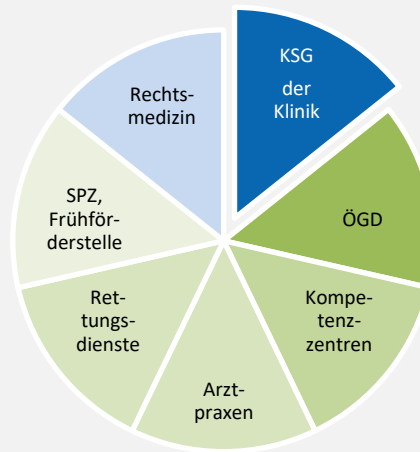


Abbildung 9: Stufen der Vernetzung

5.2 Systemübergreifende Arbeit: „Was man über andere Institutionen wissen sollte“

Jugendämter

Aufgaben der Jugendämter (s. Abb. 10)

Jugendämter unterstützen Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Über ihren Aufbau und ihre Aufgaben informiert ab Oktober 2020 der *Jugendamtsmonitor*. Er umfasst 146 Seiten und wurde im Rahmen der Offensive *Das Jugendamt. Unterstützung, die ankommt* veröffentlicht. Ihr Ziel ist es, die Aufgaben der Jugendämter nach außen verständlich darzustellen und das Bild des Jugendamtes in der öffentlichen Wahrnehmung zu schärfen. Die Offensive wird unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter durchgeführt und vom Bundesjugendministerium gefördert.

Der *Jugendamtsmonitor* stellt die Leistungen und Aufgaben der bundesweit 559 Jugendämter vor, der europaweit größten institutionalisierten Kinderschutzorganisationen. Anhand aktueller Forschungsergebnisse werden Entwicklungstrends für die Jugendämter beschrieben und die Inhalte mit neuesten Zahlen und Illustrationen veranschaulicht. Der Monitor ist ein Logbuch der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Er spiegelt das gesamte Spektrum der Arbeit der Jugendämter wider: von A - wie Adoption bis Z - wie Zuwanderung unbegleiteter ausländischer Minderjähriger. Auf der Website der Offensive *Das Jugendamt. Unterstützung, die ankommt* kann der [Jugendamtsmonitor kostenfrei heruntergeladen](#) und in gedruckter Form gegen eine geringe Gebühr bestellt werden.

Jugendämter planen, gestalten und steuern die Strukturen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe in den Kommunen, sie erbringen vielfältige Leistungen und sichern den Kinderschutz. Sie sorgen dafür, dass alle jungen Menschen und ihre Eltern zu ihren Rechten und den damit verbundenen Angeboten und Diensten kommen. Jugendämter unterstützen Kinder, Jugendliche und Familien und stellen ihnen dafür umfangreiche Leistungen zur Verfügung. Das Spektrum der Angebote reicht von den Frühen Hilfen über die Kinderbetreuung, die Familien- und Erziehungsberatung, die Jugendarbeit und die Schulsozialarbeit bis zu den Hilfen zur Erziehung und den Kinderschutz. Der Aufbau und die wichtigsten Aufgaben, die Jugendämter haben, sind im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) einheitlich geregelt.

Das Jugendamt ist da für alle Altersstufen von der Geburt bis zur Volljährigkeit und in vielen Fällen auch darüber hinaus. Vieles, was das

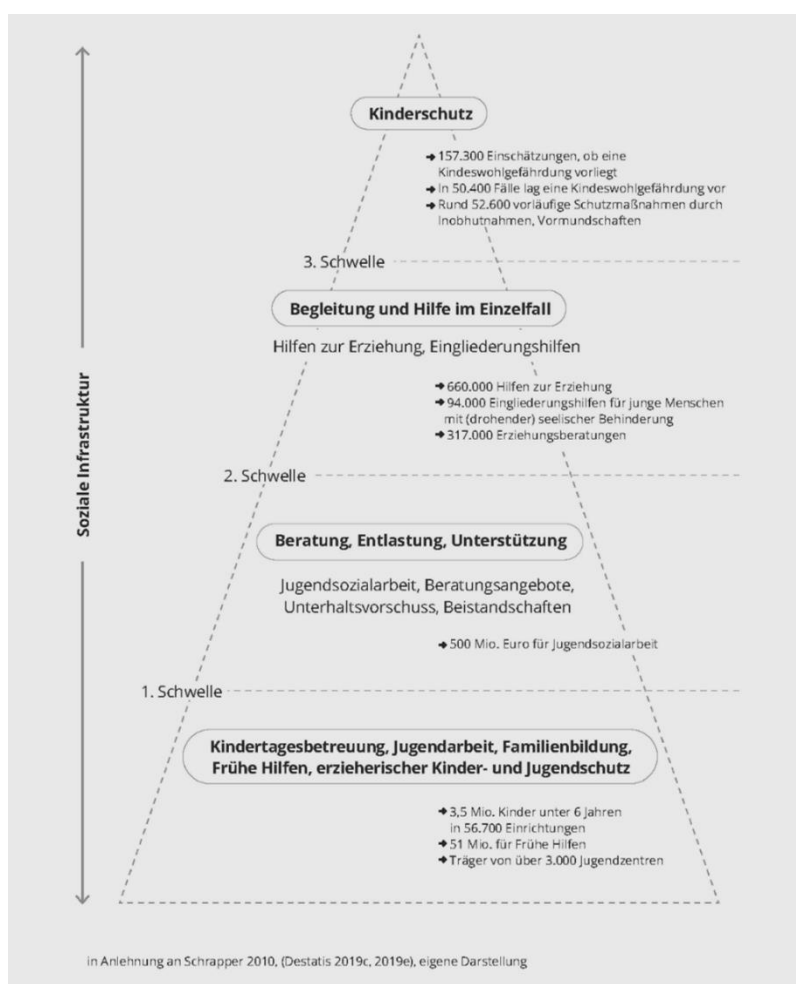


Abbildung 10: Aufgaben von Jugendämtern; entnommen Jugendamtsmonitor

Jugendamt macht, steht kostenfrei zur Verfügung - Beratung, Unterstützung, Frühe Hilfen, Freizeitangebote. In manchen Bundesländern fallen auch für die Kindertagesbetreuung keine Beiträge an. An das Jugendamt können sich alle mit ihren Fragen und Problemen wenden - Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Eltern und andere Erziehungsberechtigte (BMFSFJ, 2020).

Kooperationsvereinbarungen

Kooperationsvereinbarungen dienen der schriftlichen Niederlegung der Einigung für die gemeinsame fallunabhängige und fallbezogene Arbeit von Kliniken und Jugendämtern. Sie haben das Ziel, eine Verbesserung des Schutzes von Kindern bei Kindeswohlgefährdungen durch schnelles und abgestimmtes Handeln, professionelle Diagnostik und Behandlung sowie gemeinsam festgelegte Weiterbetreuung zu erreichen. Die Vereinbarungen sollten neben den Rechtsabteilungen vor allem Verantwortliche aus beiden Systemen mitgestalten. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie deren Familien (s. Anhang [Kooperationsvereinbarungen](#)).

ZIEL	<i>Kooperationen zwischen Klinken/Gesundheitsämtern/Praxen und Jugendämtern, um einen fachlichen Austausch und Übergänge zu gestalten</i>
Empfehlungen für Kliniken, Arztpraxen und psychotherapeutischen Praxen	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Kontakt zu Jugendämtern aufnehmen und sich vorstellen ☞ Sich über Möglichkeiten im eigenen Bereich und die der Jugendämter austauschen ☞ Ansprechpartner für fallunabhängige Zusammenarbeit festlegen ☞ Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten klären ☞ Verbindliche Strukturen für fallbezogene Arbeit aufbauen ☞ Im regelmäßigen Austausch bleiben und über „Unverständliches“ reden ☞ Gemeinsame Fortbildungen und Arbeitskreise besuchen

Beteiligung von Berufsgeheimnisträger nach § 8a SGB VIII

§ 8a Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB VIII sieht die Beteiligung von Berufsgeheimnisträgern, die dem Jugendamt Informationen hinsichtlich einer (möglichen) Kindeswohlgefährdung übermittelt haben (§ 4 Abs. 3 KKG), an der Gefährdungseinschätzung vor, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist und soweit der wirksame Schutz des betroffenen Kindes nicht infrage gestellt wird. Die Vorschrift schafft eine explizite gesetzliche Grundlage für ein „aus fachlicher Sicht erforderliches Vorgehen zur Sicherstellung einer möglichst umfassenden Erkenntnisgrundlage für die Einschätzung der Gefährdung [...], das jetzt bereits eine gute Praxis im Kinderschutz ausweist“ (BT-Drs. 19/26107, 74).

Die fallzuständigen Jugendamtsfachkräfte müssen im konkreten Einzelfall prüfen, ob die Beteiligung an der Gefährdungseinschätzung nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist. Da es um die Ermöglichung einer ausreichenden Erkenntnisgrundlage für die eigene Gefährdungseinschätzung des Jugendamts geht, kann eine Einbeziehung erforderlich sein, wenn das Jugendamt im Einzelfall noch weitere Erkenntnisse braucht, die es ohne Einbeziehung nicht oder nur sehr erschwert erlangen kann. Sinnvoll kann eine Beteiligung z.B. sein, wenn die mitteilende Person aufgrund ihrer beruflichen Vertrauensbeziehung zu der Familie Informationen beitragen kann, die eine möglichst fundierte Gefährdungseinschätzung ermöglichen. So kann es bspw. erforderlich sein, einen Sozialpädagogen aus der Kita (§ 4 Abs. 1 Nr. 6 KKG) an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen, der*die die Auswirkungen von elterlichem Verhalten auf das Kind gut beurteilen kann. In diesem Rahmen kann es den aus fachlicher Sicht benötigten gemeinsamen Austausch über die Situation des Kindes geben, zusätzlich zu den bereits nach § 4 Abs. 3 KKG an das Jugendamt gegebenen Informationen. Auch wenn die Eltern die Kita-Betreuung nach der Mitteilung durch die Fachkraft

der Kita an das Jugendamt abbrechen, kann es fachlich erforderlich sein, gerade die mitteilende Person an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen, weil diese bspw. ganz konkrete Beobachtungen im Hinblick auf das Kind oder die Interaktion mit den Eltern gemacht hat. In Betracht kommt z.B. auch die Einbeziehung eines Suchtberaters, der einschätzen kann, inwieweit die Eltern aktuell in der Lage sind, sich um das Kind zu kümmern, oder auch die Beteiligung des behandelnden Kinder- und Jugendarztes, wenn es um die Möglichkeiten der angemessenen Versorgung des Kindes geht. Besteht für die Gefährdungseinschätzung ein Bedarf an medizinischer Beurteilung (bspw. zu möglichen Verletzungsursachen) kann aber auch anderweitige Expertise eingeholt werden. Bei der Entscheidung, ob die mitteilende Person an der Gefährdungseinschätzung beteiligt wird, sind die Entscheidungskriterien für eine Beteiligung ggf. mit den Auswirkungen der Beteiligung auf den weiteren Hilfezugang und den Aufbau und Erhalt einer Vertrauensbeziehung (des Jugendamts und der mitteilenden Person) zu den Beteiligten aus dem Familiensystem in Einklang bringen. Gegen eine Beteiligung kann es sprechen, wenn das Vertrauensverhältnis der Familie zu der mitteilenden Person bereits stark geschädigt ist und die Familie sich explizit dagegen ausspricht. In jedem Fall unterbleibt die Beteiligung, wenn hierdurch der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt wird (vgl. zum Ganzen [DIJuF-Rechtsgutachten v. 9.12.2021 – SN 2021 1465](#)) (DIJuF, 2022).

Inobhutnahme

ZIEL	<i>Belastungen für Kinder bei Inobhutnahmen reduzieren (Ziegenhain et al., 2014)</i>
Was kann und sollte bei Inobhutnahmen für das Kind verbessert werden?	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Sich über Folgendes klar sein: <i>Kinder, die in Obhut genommen werden, sind häufig misshandelte und vernachlässigte Kinder mit eingeschränkten regulatorischen Kompetenzen und eingeschränkten psychophysiologischen Bewältigungsstrategien</i> ☞ Festlegung verbindlicher Standards für die Zeit der Inobhutnahme ☞ Zeitliche Festlegung von und Gestaltung der Besuchskontakte mit den Herkunftseltern ☞ Bindungssensible Gestaltung des Betreuungssettings ☞ Pädagogische und therapeutische Standards

Inobhutnahmen, also die Herausnahme von Kindern und Jugendlichen aus der Familie, sind Kriseninterventionen. Als „vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen“ (§ 42 SGB VIII) und im Rahmen des staatlichen Wächteramtes sind Inobhutnahmen zeitlich begrenzt und dienen, neben ihrer Schutzfunktion, auch der Klärung der familiären Situation und der Gefährdungslage für das Kind. Diese kann ggf. auch zu einer längerfristigen oder dauernden Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie oder im Heim führen (Ziegenhain et al., 2014).

§ 42 SGB VIII Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann oder
3. ein ausländisches Kind oder ein ausländischer Jugendlicher unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nummer 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

Faktenlage Inobhutnahme laut Kinder- und Jugendhilfestatistik für 2021:

Die Jugendämter in Deutschland haben im Jahr 2021 rund 47 500 Kinder und Jugendliche zu ihrem Schutz vorübergehend in Obhut genommen, damit waren das knapp 2 100 Fälle oder 5 % mehr als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, erfolgten fast zwei Drittel (60 %) dieser Inobhutnahmen wegen einer dringenden Kindeswohlgefährdung. Knapp 20 200 (42 %) aller 2021 in Obhut genommenen Jungen und Mädchen waren jünger als 14 Jahre. Am häufigsten wurden Kinder und Jugendliche wegen der Überforderung eines oder beider Elternteile in Obhut genommen (36 %). An zweiter Stelle folgt die unbegleitete Einreise aus dem Ausland (24 %). Anzeichen für Vernachlässigungen waren der dritthäufigste (14 %) und Hinweise auf körperliche Misshandlungen der vierthäufigste Grund für eine Inobhutnahme (13 %). An fünfter Stelle standen Beziehungsprobleme (12 %) und auf Rang 6 psychische Misshandlungen (8 %). Mehrfachnennungen waren hierbei möglich (Destatis, 2022).

Familiengericht

Was so bezeichnetet „Familiensachen“ sind, ist in § 111 FamFG definiert. Dazu gehören etwa Scheidungsverfahren, Umgangsrechts- und Sorgerechtsverfahren, Versorgungsausgleichsverfahren, Gewaltschutzverfahren und Unterhaltsverfahren mit dem vereinfachten Unterhaltsverfahren für minderjährige Kinder.

Das FamFG regelt für diese Verfahren unter anderem („Familiengerichtliches Verfahren,“ 2021):

- die sachliche, funktionale und örtliche Zuständigkeit des Gerichts;
- die Beteiligten des Verfahrens (Muss- und Kannbeteiligte);
- die Vertretung eines Beteiligten durch einen Bevollmächtigten bzw. durch einen Rechtsanwalt;
- ob das Verfahren nur auf Antrag oder von Amts wegen eingeleitet werden kann;
- die Anhörungs- und Mitwirkungsrechte der Beteiligten;
- die Verfahrensleitung und Beweiserhebung durch das Gericht;
- unter welchen Voraussetzungen Verfahrenskostenhilfe und die Beordnung eines Rechtsanwalts gewährt wird;
- die Voraussetzungen für den einstweiligen Rechtsschutz durch Erlass einer einstweiligen Anordnung;
- den Inhalt, die Rechtsbehelfsbelehrung, die Bekanntgabe, das Rechtsmittel gegen und die Vollstreckung eines gerichtlichen Beschlusses.

Entziehung der elterlichen Sorge (BGH, 06.02.2019 - XII ZB 408/18, 2019)

Begriff der Kindeswohlgefährdung; hinreichende Wahrscheinlichkeit für eine erhebliche Schädigung des Kindes; Differenzierung der Wahrscheinlichkeitsgrade; Verhältnismäßigkeitsprüfung

Leitsatz

1. Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 Abs. 1 BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 23. November 2016 - XII ZB 149/16, BGHZ 213, 107 = FamRZ 2017, 212).

2. Die Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit muss auf konkreten Verdachtsmomenten beruhen. Eine nur abstrakte Gefährdung genügt nicht (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 23. November 2016 - XII ZB 149/16, BGHZ 213, 107 = FamRZ 2017, 212).

3. Bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit einer gerichtlichen Maßnahme nach § 1666 BGB ist auch das Verhältnis zwischen der Schwere des Eingriffs in die elterliche Sorge und dem Grad der Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts für das Kind zu beachten. Die - auch teilweise - Entziehung der elterlichen Sorge ist daher nur bei einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts, nämlich ziemlicher Sicherheit, verhältnismäßig (im Anschluss an Senatsbeschluss vom 23. November 2016 - XII ZB 149/16, BGHZ 213, 107 = FamRZ 2017, 212).

4. Die Differenzierung der Wahrscheinlichkeitsgrade auf der Tatbestandsebene und der Rechtsfolgenseite ist geboten, um dem Staat einerseits ein - gegebenenfalls nur niederschwelliges - Eingreifen zu ermöglichen, andererseits aber im Rahmen der Verhältnismäßigkeit eine Korrekturmöglichkeit zur Verhinderung übermäßiger Eingriffe zur Verfügung zu stellen.

Sachverständigengutachten in Kindschaftssachen

Gutachten von Sachverständigen in Kindschaftssachen (gemeint sind hier zumeist Erziehungsfähigkeitsgutachten) sind von großer Bedeutung. Sie sind vielfach maßgeblich für gerichtliche Entscheidungen, die erheblich in das Leben von Kindern und Familien eingreifen. Um zu gewährleisten, dass Gutachten in Familienverfahren die notwendige hohe Qualität erreichen, sind daher verschiedene Maßnahmen ergriffen worden ("Verbesserung der Qualität von Sachverständigengutachten in Kindschaftssachen," 2021).

Im September 2019 sind die [„Mindestanforderungen an Gutachten in Kindschaftssachen“](#) in zweiter Auflage veröffentlicht worden.

Des Weiteren wurden spezielle [Mindestanforderungen für Verfahren erarbeitet, welche die Unterbringung von Minderjährigen durch die Eltern gemäß § 1631b Bürgerliches Gesetzbuch](#) oder nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker betreffen. Diese wurden im März 2021 veröffentlicht.

Ermittlungsbehörden - Polizei und Strafgericht und Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Das Strafrecht fokussiert auf die Bestrafung des Täters und nicht primär auf den Schutz des Opfers. Die Strafanzeige befriedigt die Rechtsbedürfnisse der Gesellschaft und verfolgt somit andere Ziele als der Kinderschutz. Ein Strafverfahren nützt den Betroffenen dann, wenn zum Beispiel im Hinblick auf eine Entschädigung ein Drittverschulden (z.B. im Opferschutzgesetz) nachgewiesen werden soll; eine Verurteilung ist jedoch hierfür (für die Anwendung des OEG)s nicht erforderlich. Im Falle bereits aufgenommener polizeilicher Ermittlungen sollten Eltern und Kinder/Jugendliche gut informiert werden, was auf sie zukommt. Essenzielle Voraussetzung für eine derartige erst im Verlauf erfolgende Strafanzeige, ist die primäre, forensischen Ansprüchen genügende und genaueste Dokumentation der Verletzungen oder andere Befunde und der dabei angegebenen Umstände. Dies sollte (soweit verfügbar) rechtsmedizinisch oder durch einen kinderschutzmedizinisch erfahrenen/qualifizierten Facharzt erfolgen.

Strafanzeige

Eine Strafanzeige sollte **wohlüberlegt** erfolgen. Üblicherweise sollte dies in Absprache mit dem Jugendamt, ggf. aber auch mit den Eltern bzw. einem der Sorgeberechtigten, erfolgen. Das Einschalten der Polizei ist hilfreich, um unabhängig vom kindlichen Körper Spuren zu sichern oder andere (z.B. Geschwister) zu schützen. Die Strafanzeige erfolgt zumeist gegen Unbekannt. Sobald eine Strafanzeige gestellt wurde, kann

diese nicht mehr zurückgenommen werden. Das Strafverfahren ist damit in Gang gesetzt und kann nur durch die Staatsanwaltschaft eingestellt werden.

Jedermann kann bei allen Polizeidienststellen, bei einer Staatsanwaltschaft oder einem Gericht mündlich oder schriftlich eine Straftat anzeigen. Die Anzeige muss entgegengenommen werden, die Strafverfolgungsbehörden sind zur Erforschung des Sachverhalts gesetzlich verpflichtet. **Eine Strafanzeige kann nicht zurückgenommen werden. Die Polizei muss in diesen Fällen zwangsläufig ermitteln.** Zur persönlichen Anzeigenerstattung werden vollständige Personalien benötigt (Vor-, Familien- und gegebenenfalls Geburtsname, Geburtstag und -ort, die Anschrift oder eine ladungsfähige Adresse). Bei Verdachtsfällen im Rahmen des Kinderschutzes erfolgt die Anzeige zumeist gegen Unbekannt.

Die Polizei führt Strafanzeige und Ermittlungsvorgang unter dem polizeilichen Aktenzeichen (auch Tagebuchnummer oder Geschäftszeichen genannt) und weist den Vorgang einem Sachbearbeiter zu. Bei Anzeigenaufnahme durch die Polizei erhält der Anzeigende auf Antrag eine Anzeigenbestätigung mit dem Aktenzeichen. Dieses Aktenzeichen wird beispielsweise bei weiterem Schriftverkehr, zur Nachreichung von Schadensaufstellungen, zum Nachweis der Anzeigenerstattung gegenüber der Versicherung oder für den Kontakt mit dem polizeilichen Sachbearbeiter, der für Rückfragen zur Verfügung steht, benötigt.

Die **Staatsanwaltschaft** erhält den Vorgang nach Abschluss der Ermittlungen und führt den Vorgang unter einem Aktenzeichen, das bei Bedarf von der Polizei erfragt werden kann. Die Staatsanwaltschaft ist „Herrin“ des Ermittlungsverfahrens, sie kann daher beispielsweise Zeugen erneut vorladen und vernehmen. Einer staatsanwaltschaftlichen Vorladung muss nachgekommen werden. Bei unentschuldigtem Fernbleiben riskiert der Vorgeladene eine zwangsweise Vorführung. Im Ermittlungsverfahren kann auch der Ermittlungsrichter Zeugen vorladen und vernehmen. Die richterliche Vernehmung hat besonderen Wert, weil nur sie auch in der Hauptverhandlung verwendet werden darf, selbst wenn der Zeuge dort nicht mehr erscheinen kann oder sich auf das Zeugnisverweigerungsrecht beruft (Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, 2019).

Heilbehandlungs-, Renten- und Fürsorgeleistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Das OEG gehört zum Sozialen Entschädigungsrecht. Ein Anspruch setzt voraus, dass eine Person durch einen vorsätzlich begangenen rechtswidrigen Angriff oder bei dessen rechtmäßiger Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat. Eine Verurteilung ist nicht erforderlich. Leistungen können jedoch versagt werden, wenn die oder der Geschädigte es unterlassen hat, dass ihr bzw. ihm Mögliche zur Aufklärung des Sachverhalts zu unternehmen und zur Verfolgung des Täters oder der Täterin beizutragen. Das heißt insbesondere, dass eine Strafanzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstattet werden sollte. In für Betroffene besonders belastenden Fällen -dazu gehört in der Regel sexueller Missbrauch- kann allerdings auf eine Strafanzeige verzichtet werden.

Anspruchsberechtigt sind Geschädigte und Hinterbliebene (Witwen, Witwer, Waisen, Eltern). Nach der Reform des Sozialen Entschädigungsrechts haben ausländische Staatsbürger die gleichen Ansprüche wie deutsche Staatsbürger

Werden Leistungen nach dem OEG erbracht, fordert die Verwaltung diese vom Täter oder Täterin zurück. Wenn im Einzelfall erhebliche Nachteile für die antragstellende Person oder deren Angehörige zu befürchten sind, kann darauf verzichtet werden. Diese Nachteile oder auch Gründe für den Verzicht auf eine Anzeige sollten bei Antragstellung schriftlich dargelegt werden (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022a).

6. FINANZIERUNG MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ

KINDERSCHUTZMEDIZINISCHE LEISTUNGEN IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	58
KINDERSCHUTZMEDIZINISCHE LEISTUNGEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	61
ICD KODIERUNG T74.-	63

Anspruch der DGKiM: Strukturen für den Medizinischen Kinderschutz müssen nachhaltig etabliert und gefördert werden.

Kinderschutzmedizinische Leistungen sind Bestandteil der Regelversorgung im ambulanten und stationären Bereich und müssen kostendeckend finanziert werden.

Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, müssen Kinderschutzgruppen fester Bestandteil einer Kinder- und Jugendklinik sein, ferner müssen Medizinische Kinderschutzambulanzen und überregionale Kompetenzzentren für Medizinischen Kinderschutz etabliert werden.

6.1 Kinderschutzmedizinische Leistungen in der stationären Versorgung

Fallpauschalen-System und MDK-Reform

Krankenhäuser dokumentieren ihre erbrachten Behandlungsleistungen über sogenannte Prozeduren-Kodes (OPS-Kodes). Um in komplexen Behandlungssituationen die Dokumentation straffen zu können, gibt es sogenannte OPS-Komplekkodes. Darin sind für die einzelnen Leistungsbereiche genaue personelle und strukturell technische Voraussetzungen genannt, die bei der komplexen Behandlung von Patientinnen und Patienten erfüllt sein müssen. Ein Krankenhaus kann Komplektleistungen nur dann abrechnen, wenn der Medizinische Dienst im Vorfeld geprüft und bescheinigt hat, dass die Voraussetzungen für bestimmte Komplexbehandlungen erfüllt sind. Das heißt die Kliniken müssen belegen, dass sie die geforderten Voraussetzungen erfüllen. Der Ablauf der Prüfung ist in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr.3 SGB V über „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ festgelegt. Wie für die meisten OPS-Kodes sind auch Struktur- und Prozessmerkmale für die OPS 1-945 hinterlegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

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

Die DGKiM beteiligt sich regelmäßig an den notwendigen Anpassungen bzw. der Weiterentwicklung der OPS 1-945. Die OPS-Version von 2023 beschreibt folgende Struktur- und Prozessmerkmale (Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023):

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 Kodes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben

Strukturmerkmale:

- Multiprofessionelles Team (mindestens ein Arzt, ein Sozialarbeiter oder eine pädagogisch-pflegerische Fachkraft, ein Psychologe oder ein Psychotherapeut oder eine sozialpädagogische oder heilpädagogische Fachkraft in psychotherapeutischer Ausbildung und eine Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mindestmerkmale:

- 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 in Summe 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

Krankenhausspezifisches Zusatzentgelt ZE-152 kalkulieren

Damit die Kodierung der OPS 1-945 auch erlösrelevant wird, muss im Rahmen der Krankenhaus-Budget-Verhandlungen auf Basis einer kliniksindividuellen Kostenkalkulation das Zusatzentgelt ZE-152 „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ verhandelt werden.

Die DGKiM und GKiND unterstützen Sie anhand einer Muster-Kalkulationstabelle bei der Kalkulation des krankenhausspezifischen Zusatzentgeltes ZE-152 „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ (basierend auf dem OPS 1-945). Die entsprechenden Dokumente können über die DGKiM Geschäftsstelle (info@dgkim.de) angefordert werden.

Strukturprüfung Medizinischer Dienst

Als Grundlage dient die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL) Version 2022 (Medizinischer Dienst Bund, 2022). Im Begutachtungsleitfaden können Begutachtungsablauf und Verfahrenshinweise nachgelesen werden.

Die Unterlagen für die Anträge zur Strukturprüfung von OPS-Leistungen für das Jahr 2023 finden die Krankenhäuser bei dem für sie zuständigen Medizinischen Dienst über die gemeinsame Internetseite <https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/krankenhaus-strukturpruefung/>. Hier finden Sie auch Selbstauskunftsbögen zu den Strukturmerkmalen des OPS 1-945, um Informationen zur Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams und der fachärztlichen Leitung mitzuteilen.

Wichtig:

In Vorbereitung auf die Strukturprüfung empfehlen wir folgende Angaben und Nachweise vorzuhalten:

OBLIGAT

1. Strukturmerkmal multiprofessionelles Team mit Angaben zu:
 - a. Ärzte
 - i. Name, Vorname, Fachdisziplin, Nachweis Zertifikat Kinderschutzmediziner DGKiM
 - ii. Selbstauskunft, welcher Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlungsleitung innehat (Angabe zu Facharzt Disziplin mit Facharzt-Urkunde, Namen und Vorname)
 - iii. Urlaubsvertretung
 - b. Psychologische Fachkräfte

- i. Name, Vorname, Berufsbezeichnung und -anerkennung
 - ii. Urlaubsvertretung
 - c. Sozialarbeitende
 - i. Name, Vorname, Berufsbezeichnung und -anerkennung (z.B. staatlichen Anerkennung als Sozialpädagoge, Sozialarbeiter oder Sozialpädagoge und Sozialarbeiter)
 - ii. Urlaubsvertretung
 - d. Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
2. Nachweis: Akkreditierungsurkunde der DGKiM
 3. Dokumentationsvorlage für OPS 1-945 Kodierungen, die als Nachweis der zu erbringenden Leistungen (Einzelleistungen, Fallbesprechungen und Fallkonferenzen) dient ([s. Anhang Checkliste OPS 1-945](#))

FAKULTATIV

„Kinderschutz-Ordner“ mit Handlungsabläufen, ggf. Kooperationsvereinbarungen mit dem Jugendamt

Stationäre Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf OPS 1-945

Seit mehreren Jahren wurden Vorschläge im PEPP-Vorschlagsverfahren eingereicht, die eine Etablierung eines Zusatzentgelts für die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit vorgeschlagen haben. Im somatischen Bereich sind die OPS-Kodes aus dem Bereich 1-945 seit dem G-DRG-System 2018 über ein unbewertetes Zusatzentgelt erlösrelevant. Im Jahr 2019 waren erstmalig Fälle mit entsprechenden Kodes enthalten. Aufgrund dessen konnte für das PEPP-Entgeltsystem 2021 ein unbewertetes Zusatzentgelt für die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit analog dem G-DRG System etabliert werden (ZP2021-90).

PEPP-Entgeltkatalog

Zusatzentgelte-Katalog - unbewertete Entgelte Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2021).

ZP	Bezeichnung	OPS-Version 2021	
		OPS-Kode	OPS-Text
ZP2021-90	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik	1-945. ⁴	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

⁴ Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

6.2 Kinderschutzmedizinische Leistungen in der ambulanten Versorgung

Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen

Wesentliche Grundlage der Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen gesetzlich Versicherter ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Die im EBM inhaltlich bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert und den Versicherten als Sachleistung gewährt; eine Zuzahlung oder eine Praxisgebühr fällt für die ärztliche Behandlung nicht an.

Die ärztliche Behandlung ist Hauptbestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, an der zugelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teilnehmen. Diese Leistungserbringer rechnen die nach dem EBM erbrachten Leistungen nicht direkt mit den Krankenkassen, sondern mit der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.

Die Krankenkasse zahlt der KV eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in der KV. Mit der budgetierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) werden die notwendigen ambulanten medizinischen Behandlungen vergütet. Der notwendige ambulante medizinische Behandlungsbedarf wird jährlich zwischen den Krankenkassen und der KV insbesondere auf Grundlage der Veränderungen der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten vereinbart.

Im Folgenden finden Sie eine beispielhafte Auswahl von Leistungen nach EBM, die für Kinderschutzmedizinische Leistungen herangezogen werden können. Zu beachten sind dabei allerdings Beschränkungen durch Fallzahlen, Alter oder auch EBM-Ziffer-Beschränkungen selbst.

- 01321 Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
- 01600 Ärztlicher Bericht nach Untersuchung
- 01601 Individueller Arztbrief
- 01602 Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
- 04230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch
- 04231 Gespräch, Beratung und/oder Erörterung
- 04350 Untersuchung zur funktionellen Entwicklung eines Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr
- 04351 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
- 04352 Vollständiger Entwicklungsstatus
- 04353 Orientierende Untersuchung zur Sprachentwicklung
- 04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Erklärung
- 04356 Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355
- 04430 Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung
- 04431 Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung
- 35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
- 35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Ambulante Finanzierungsoptionen

Ambulante Finanzierungsoptionen sollten zunächst für jede Klinik ausgelotet und dann entsprechend umgesetzt werden. Folgende Finanzierungsmöglichkeiten sind zu nennen:

- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) oder „Charité-Modell“ nach § 119 1a SGB V
- Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V10
- Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
- Persönliche oder Institutsermächtigung nach § 120 1a SGB V

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nach §§ 95 und 140b SGB V
- „Besondere“ (früher „integrierte“) Versorgung nach § 140a SGB V
- Finanzierung durch Förderungen, Spenden, Projekte u.v.m.

Ermächtigungen (insbesondere KV-Institutsermächtigung)

Um Leistungen über den EBM abrechnen zu können, bedarf es als Krankenhausarzt/-ärztin einer Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der ambulanten Krankenversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine solche kann als „Persönliche (personengebundene) Ermächtigung“ oder als „Institutsermächtigung“ nach § 120 1a SGB V bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragt werden, alternativ kann auf EBM-Basis im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nach §§ 95 und 140b SGB V oder im Rahmen einer „Besonderen (früher „integrierten“) Versorgung“ nach § 140a SGB V abgerechnet werden.

Zuständiger Ansprechpartner bei der KV für die Erteilung von Ermächtigungen ist in der Regel der Zulassungsausschuss.

Ergänzend zu den EBM-Erlösen sollte im Rahmen der Krankenhaus-Budgetverhandlungen auf der Basis einer klinikindividuellen Kostenkalkulation eine separate, quartalsbezogene Fallpauschale nach § 120 1a SGB V für spezielle ambulante pädiatrische Leistungen verhandelt werden.

Weitere ambulante Finanzierungsoptionen

Weitere ambulante Finanzierungsmöglichkeiten wären:

- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) oder „Charité-Modell“ nach § 119 1a SGB V
- Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V10
- Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
- Finanzierung durch Förderungen, Spenden, Projekte u.v.m.

Kinderschutzmedizinische Leistungen in der Kinder- und Jugendarztpraxis

Aktuell liegen keine vergleichbaren Finanzierungsmodelle für die Kinderschutzarbeit in der Kinder- und Jugendarztpraxis vor.

In dem seit 2019 laufenden Projekt des Innovationsfonds, MeKidS.best Projekt (Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet) finden sich erste Bestrebungen Finanzierungsmodelle für den „Abklärungsprozess einer Gefährdungseinschätzung bei V.a. auf Misshandlung/Vernachlässigung/sexuellen Missbrauch in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ zu entwickeln.

6.3 ICD-Kodierung von T74.-

Informationen

Eine Kodierung der Kategorie T74.- Missbrauch von Personen als Ursache von Verletzung(en) oder psychischen Störungen darf nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Sekundärschlüssel angegeben werden. Dies gilt auch für die Kodierung der Diagnose Münchhausen by proxy Syndrom. Die Verwendung des OPS 1-945 setzt nicht die Kodierung einer bestätigten T74.- voraus, da der OPS 1-945 eine Komplexleistung darstellt, die auch dazu beiträgt, einen Verdachtsfall zu entkräften und eine abschließende Kodierung mit einer T74. dann entfällt.

Folgende Kodierungen sind im ICD-10 Katalog 2023 aufgeführt:

T74.- Missbrauch von Personen
Kodiere zunächst die akute Verletzung, falls möglich.
T74.0 Vernachlässigen oder Imstichlassen
T74.1 Körperlicher Missbrauch
Ehegattenmisshandlung o.n.A.
Kindesmisshandlung o.n.A.
T74.2 Sexueller Missbrauch
T74.3 Psychischer Missbrauch
T74.8 Sonstige Formen des Missbrauchs von Personen
Mischformen
T74.9 Missbrauch von Personen, nicht näher bezeichnet
Schäden durch Missbrauch:
eines Erwachsenen o.n.A.
eines Kindes o.n.A.

Bei einer T74.-Kodierung sollte Folgendes beachtet werden:

- Die Kodierung ist gleichbedeutend mit dem Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten (wie Verdachtsfälle, bestätigte Fälle) für eine Gefährdung. Hierzu zählen auch im Nachhinein unbestätigte Fälle. Bei diesen Anhaltspunkten sollte stufenweise nach dem § 4 KKG (s. Abb. 11) vorgegangen werden. Erziehungsberechtigte, Kinder und Jugendliche sollten entsprechend eingebunden und informiert werden.
- Alle Handlungsschritte sowie die getroffene Güterabwägung in Bezug auf eine Informationsweitergabe aufgrund gewichtiger Anhaltspunkte an das Jugendamt, aber auch warum keine Informationsweitergabe an das Jugendamt erfolgte, sollten dokumentiert werden.

§ 294a SGB V Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. So besteht die Möglichkeit, die Kosten nach dem Verursacher-Prinzip auf die schadensverursachende Person zu übertragen.

Im August 2013 wurde der [§ 294a SGB V](#), u.a. auch aufgrund der Forderungen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch (Ausschuss für Gesundheit. Deutscher Bundestag, 2013), neuformuliert. Danach besteht für die genannten Leistungserbringer bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge

einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, keine Mitteilungspflicht an die Krankenkassen. Dies wurde wie folgt begründet:

Der bisherige Satz 2 ist gegenstandslos und wird aufgehoben. Den Krankenkassen werden entsprechende Versicherten bezogene Daten im Rahmen der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinbarung gemäß § 295 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 übermittelt.

Der neue Satz 2 sieht eine Ausnahme von der Mitteilungspflicht nach Satz 1 vor. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.

Damit wird ein Anliegen des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich aufgegriffen. Die Ausnahmeregelung gilt auch in Fällen, in denen die Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung länger zurückliegt und eine Behandlung erst im Erwachsenenalter erfolgt.

Diese Ausnahmeregelung betrifft nur die Übermittlung von Daten an die Krankenkasse. Von dieser Ausnahmeregelung unberührt bleiben die Vorschriften zur Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger (z. B. Ärzte oder Psychotherapeuten) bei Kindeswohlgefährdungen nach Artikel 1 § 4 des Bundeskinderschutzgesetzes. Danach sind die Ärzte oder Psychotherapeuten u. a. in bestimmten Fällen befugt, dem Jugendamt die zum Schutz des Kindeswohls erforderlichen Daten mitzuteilen.

Mit dieser Ausnahme von der Mitteilungspflicht wird der von behandelnden Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geäußerten Befürchtung Rechnung getragen, dass in Fällen von möglichen Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen durch die Mitteilung an die Krankenkasse und daran anschließende Schritte der Krankenkasse gegen den möglichen Verursacher Konflikte im Umfeld der Betroffenen ausgelöst werden oder sonstige Wirkungen hervorgerufen werden, die zu einer Gefährdung des Behandlungserfolges führen können. (Ausschuss für Gesundheit. Deutscher Bundestag, 2013)

Rechtskenntnisse und der sensible Umgang mit Krankenkassen-Anfragen sind Bestandteil des Medizinischen Kinderschutzes, da die Krankenkassen auch oder gerade bei T74. Kodierungen aktiv in Kliniken und Ambulanzen nachfragen. Mögliche Folgen für das Kind, das Opfer von Gewalt oder Vernachlässigung geworden ist oder für die Familie, sind im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Rechtslage sieht in diesen Fällen keine Pflicht zur Mitteilung vor. Die Institution sollte sicherstellen, dass die Anfragen kompetent bearbeitet werden, z.B. durch die für den Kinderschutz verantwortlichen Personen.

7. AKTUELLE RECHTSNORMEN

ENTWICKLUNGEN	65
HANDELN, GARANTENSTELLUNG UND SCHWEIGEPFLICHT	66
AUSWAHL AKTUELLER RECHTSNORMEN	69

Anspruch der DGKiM: Die Implementierung des § 4 KKG innerhalb aller Fachkräfte im Gesundheitssystem ist für den Medizinischen Kinderschutz obligat.

7.1 Entwicklungen

Rechtsfragen bei Gewalt gegen Minderjährige umfassen ein weites Spektrum. Neben internationalen Abkommen gibt es Vorgaben im Grundgesetz (**GG**) mit der Verankerung des elterlichen Sorgerechts, aber auch des sog. staatlichen Wächteramtes als Einschränkung dieses Sorgerechts. Der Gesetzgeber füllt diese Vorgaben inhaltlich u.a. mit Regelungen im Familienrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (**BGB**), im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (**KJSG**) bzw. im Sozialgesetzbuch VIII (**SGB VIII**), im Strafgesetzbuch (**StGB**) und in der Strafprozessordnung (**StPO**).

Für das Sexualstrafrecht werden drei unterschiedliche Schutzaltersgrenzen für Kinder und Jugendliche unterschieden: unter 14 Jahren, unter 16 Jahren und unter 18 Jahren. Am 25. März 2021 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt gegen Kinder beschlossen. Das Gesetz sieht eine deutliche Verschärfung des Strafrechts, effektivere Strafverfolgungsmöglichkeiten sowie Stärkungen der Prävention und der Qualifikation in der Justiz vor, um zukünftig Kinder besser vor Missbrauchstaten zu schützen.

Daneben gibt es spezielle gesetzlichen Regelungen auch zum Schutz von Minderjährigen z.B. im Gewaltschutzgesetz (**GewSchG**) und in den Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (**RiStBV**). Außerdem das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (**FamFG**) vom 17. Dezember 2008. Besondere Relevanz haben Regelungen im Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern im Strafverfahren, siehe [Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das Strafverfahren](#).

7.2 Handeln, Garantenstellung und Schweigepflicht

Berufsgeheimnisträger nach § 4 KKG wie z.B. Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Therapeuten oder Sozialpädagogen befinden sich durch ihre besonderen fachlichen Qualifikationen und Möglichkeiten Kinder und Jugendliche zu schützen, in einer sog. **Garantenstellung** und haben damit eine besondere Verantwortung und (nicht nur moralische) Verpflichtung, für den Schutz ihrer minderjährigen Patienten zu sorgen.

Unabhängig von der Frage einer gesetzlichen Meldepflicht ist es bei Verdachtsfällen möglich, dass in Deutschland weitgehend akzeptierte Konzept »Hilfe statt Strafe« zu praktizieren, wenn dies nach einer gründlichen Bewertung der Situation des Kindes als sinnvoll und Erfolg versprechend erachtet wird. Da Kinderschutz nicht selten auch die Mitteilung von Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsfällen an staatliche Stellen bedeutet (Jugendamt, Familiengericht, Polizei, Strafgericht), gehört zu einem umfassenden Konzept des ärztlichen Umgangs damit auch die Kenntnis einschlägiger gesetzlicher Normen und ihrer Konsequenzen für die Betroffenen.

Bei Kindesmisshandlung handelt es sich um ein **Offizialdelikt**. Gelangt es zur Kenntnis von Polizei und Staatsanwaltschaft, so müssen diese ermitteln. Dabei sind Schutzvorschriften gegenüber dem kindlichen Gewaltopfer zu beachten, die teils in der StPO, teils in den Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV) festgelegt sind. Dazu gehört die Vermeidung mehrfacher Befragungen, die Möglichkeit der Videovernehmung und der zwingende Hinweis, dass eine Person des Vertrauens zugegen sein darf. Das Gewaltschutzgesetz (**GewSchG**) gegen häusliche Gewalt dient auch dem Schutz Minderjähriger und ermöglicht akut ein Aufenthaltsverbot des Gewalttäters in der Wohnung sowie in der Umgebung jener Orte, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält. Sind Tatverdächtige die sorgeberechtigten Eltern, so kann über das zuständige Familiengericht das Sorgerecht entzogen und ein Betreuer/Vormund eingesetzt werden. Um dem Kind ein wiederholtes Auftreten in Gerichtsverfahren zu ersparen, lassen die prozessualen Regelungen einerseits eine Videovernehmung zu und andererseits können Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeld im Wege des sog. Adhäsionsverfahrens schon im Strafverfahren geltend gemacht werden, so dass ein erneutes Verfahren vor einem Zivilgericht entfällt. Generell gilt nach den RiStBV die Vorgabe, dass Verfahren mit minderjährigen Gewaltopfern beschleunigt durchgeführt werden sollen.

„Kindgerechte Justiz“: Strafverfahren sind für Kinder und Jugendliche, die sexuelle Gewalt erlitten haben, oft sehr belastend. Deshalb hat der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen Kriterien für eine kindgerechte Justiz erarbeitet (Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2021). Der [„Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das Strafverfahren“](#) steht zum Download zur Verfügung. Im Leitfaden ist Folgendes in Bezug auf Therapien während eines laufenden Ermittlungs- und Strafverfahrens vermerkt: *Stellt sich die Frage, ob das betroffene Kind während des Strafverfahrens eine Therapie beginnen sollte, geht immer das Kindeswohl vor. In diesem Fall bemühe ich mich um Abstimmung mit den Sorgeberechtigten und dem Therapeuten. Gegebenenfalls ist bis zu einer Vernehmung des Kindes eine Stabilisierung ohne Besprechung des eigentlichen Tatgeschehens ausreichend, zudem ist eine gute therapeutische Dokumentation wichtig.*

Seitens behandelnder Ärzte, Zahnärzte, Angehörige eines anderen Heilberufes oder Berufspsychologen ist zu beachten, dass zunächst grundsätzlich die **Schweigepflicht** gemäß **§ 203 StGB** gilt. Diese darf aber im Sinne einer sorgfältigen Güterabwägung bei drohender Gefahr für ein Rechtsgut von höherem Rang gebrochen werden. Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung stets das höhere Rechtsgut.

Das seit dem 01.01.2012 geltende **Bundekinderschutzgesetz (BKisSchG)** verpflichtet alle im Kinderschutz tätigen Stellen zur Zusammenarbeit in einem Kooperationsnetzwerk und erlaubt gemäß § 4 Abs.1 KKG⁵ z.B. Ärzten, Hebammen und Angehörigen eines anderen Heilberufes bei Kenntnis gewichtiger Anhaltspunkte für

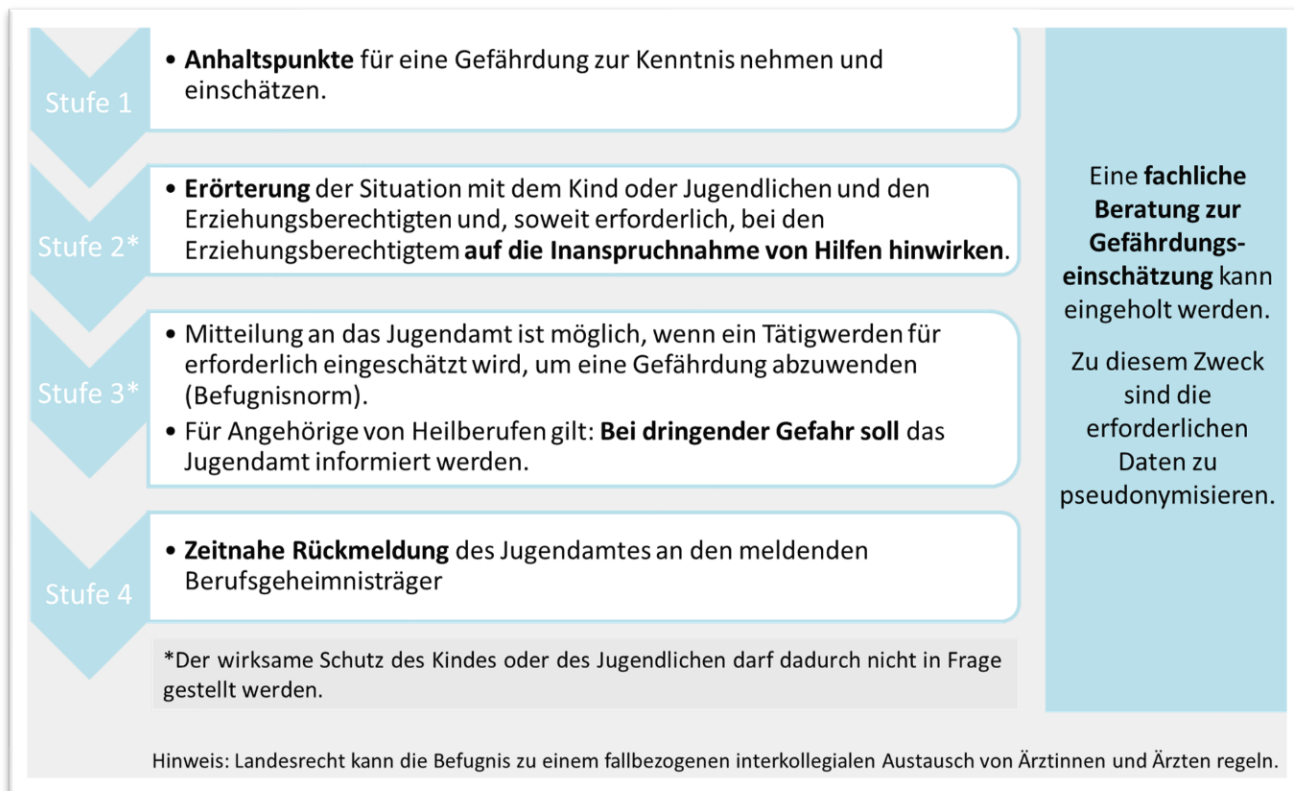


Abbildung 11: Vorgehen nach § 4 KKG

eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen tätig zu werden: zunächst Erörterung der Situation mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen, soweit dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage stellt. Das Jugendamt soll nach Information mit pseudonymisierten Daten eine Beratung durch eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ bieten. Reicht dies nicht aus zur Abwendung der Gefährdung, so darf das Jugendamt weitergehend informiert werden mit allen erforderlichen Daten. Steht es dem Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen nicht entgegen, so sind die Betroffenen vorab auf die anstehende Information des Jugendamtes hinzuweisen. Das Bundeskinderschutzgesetz gilt als Bundesrecht vorrangig, sodass unterschiedliche landesrechtliche Regelungen untergeordnet betrachtet werden. Es besteht keine Meldepflicht für Berufsheimnisträger.

Als rechtliches Instrument kann außerdem der **rechtfertigende Notstand** gemäß § 34 StGB in Frage kommen. Bei begründetem Verdacht auf z.B. eine Kindesmisshandlung ist schon allein wegen der nicht ausschließbaren Wiederholungsgefahr im Regelfall eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht möglich. Dies kann z.B. gegenüber dem Jugendamt erfolgen, dass seinen im SGB VIII verankerten Pflichten zur Hilfeleistung bzw.

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

DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Einschätzung der Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) genüge tragen muss. Gegebenenfalls hat das Jugendamt Entscheidungen des Familiengerichts herbeizuführen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Strafanzeige gemäß § 138 StGB besteht nicht.

Merke:

Die teilweise Unübersichtlichkeit der Anzahl der Gesetztestexte darf Berufsheimnisträger nicht hindern, bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung zu handeln. Das Bundeskinderschutzgesetz hat für dieses Handeln eine bundesweite Rechtsgrundlage geschaffen (s. Abb.12).

- ✓ Das Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach **§ 203 StGB** ist im Sinne einer Rechtsgüterabwägung gegenüber dem Kindeswohl abzuwägen. Die Erwägungen sollten entsprechend dokumentiert werden.
- ✓ Das Bundeskinderschutzgesetz sieht nach **§ 4 KKG** ein dreistufiges Vorgehen vor: Erst Erörterung mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf die Annahme von Unterstützung (soweit das Kind dadurch nicht gefährdet wird), dann Beratung durch das Jugendamt unter Mitteilung pseudonymisierter Daten, am Ende Befugnisnorm zur Mitteilung der Klardaten an das Jugendamt (s. Abb. 11).
- ✓ Daneben erlaubt **§ 34 StGB** eine Rechtsgüterabwägung unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstandes, wenn diese Abwägung akut erforderlich ist sowie gründlich und gewissenhaft erfolgt. Eine Verpflichtung zur Anzeige entsprechend dem Katalog meldepflichtiger Straftaten gemäß § 138 StGB besteht jedoch nicht.

§ 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger

- (1) Werden [...] [Geheimnisträgern] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit **gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen** bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die **Situation erörtern und soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken**, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
- (2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe **Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft**. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu **pseudonymisieren**.
- (3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, **so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren**; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen* mit der Maßgabe, dass diese **unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert**.
- (4) Wird das **Jugendamt** von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine **Rückmeldung** geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.
- (5) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Zollbehörden.
- (6) Zur praktischen Erprobung datenschutzrechtskonformer Umsetzungsformen und zur Evaluierung der Auswirkungen auf den Kinderschutz **kann Landesrecht die Befugnis zu einem fallbezogenen interkollegialen Austausch von Ärztinnen und Ärzten regeln**.

Abbildung 12: § 4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger

7.3 Auswahl aktueller Rechtsnormen

- 1) Internationale Normen zum Schutz des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention; Haager Minderjährigen Schutzabkommen; Haager Kindesentführungsabkommen)
- 2) Verfassungsrechtliche Vorgaben (insbes. Art. 6 GG - Elterliches Sorgerecht - „Staatliches Wächteramt“)
- 3) Bundesgesetze (s. Tabelle)

<p>Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG; Bundeskinderschutzgesetz)</p> <p>Zivilrecht (BGB), Zivilprozessrecht (ZPO) und Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung (§ 4 KKG)
<p>Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (BGB I. I 2008, 1188) • Familienrecht des BGB (§§ 1627 ff. BGB) • Verbot entwürdigender Maßnahmen (§ 1631 BGB) • Unterbringung des Kindes (§ 1631b BGB) • Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB) • Trennung des Kindes von den Eltern; Entziehung der Personensorge (§ 1666a BGB)
<p>Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII) • Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) • Mitarbeiterfortbildung bei Trägern der öffentlichen Jugendhilfe (§ 72 SGB VIII) • Interventionsmöglichkeiten des Jugendamts (§§ 27 ff. SGB VIII) • Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG)
<p>Strafrecht (StGB) und Strafprozessrecht (StPO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verfahren in Kindschaftssachen (Abschnitt 3 FamFG) • Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) • Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB) • Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB) • Schwere sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176a StGB) • Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge (§ 176b StGB) • Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung (§ 177 StGB) • Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen (z. B. §§ 180, 182, 184 b StGB) • Ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) • Körperverletzungsdelikte (§§ 223 ff. StGB) • Ärztliche Untersuchung von Gewaltopfern auf Anordnung der Justizbehörden (§ 81c StPO) • Recht auf gleichgeschlechtlichen Untersucher bei Gefahr der Verletzung des Schamgefühls (§ 81d StPO)

Sonstige Regelungen

- Vernehmung von Kindern und Jugendlichen (Ausschluss und Beschränkung der Öffentlichkeit)
- Rechte eines Gewaltopfers, Videovernehmung
- Beschleunigung von Verfahren mit kindlichen Opfern
- Richtlinien für Polizei und Staatsanwaltschaft (RiStBV)
- Adhäsionsverfahren für Schadensersatz und Schmerzensgeld
- Gewaltschutzgesetz
- Opferentschädigungsgesetz
- Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich und Hilfe für Gewaltopfer

8. PRÄVENTIVER KINDERSCHUTZ IM GESUNDHEITSSYSTEM

GESUNDHEITSSYSTEM ALS ZUGANGSWEG	71
IMPULSE FÜR DIE PRÄVENTIVE ARBEIT	72
GESONDERTE THEMENBEREICHE	74

Anspruch der DGKiM: Eltern und Kinder sollen gestärkt werden. Das Gesundheitssystem soll Türöffner für Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien sein. (Belasteten) Eltern soll frühzeitig Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Das [Netzwerken](#) innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems ist dafür eine Voraussetzung. Die Kooperationen zwischen Kinderkliniken, Geburtskliniken, Psychiatrien, Arzt- und psychotherapeutische Praxen oder Öffentlichen Gesundheitsdiensten sowie mit Akteuren aus der Kinder- und Jugendhilfe, der Suchthilfe oder von Beratungsstellen, der Pädagogik u.a.m. ist zwingend notwendig.

8.1 Gesundheitssystem als Zugangsweg

Es gilt mittlerweile als gesicherte Erkenntnis, dass mit einer Häufung von psychosozialen und wirtschaftlichen Belastungen in Familien, Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bestehen können.

Wichtig

Hilfen müssen früh einsetzen und das Gesundheitssystem stellt einen wichtigen Zugangsweg dar. Es können sowohl Eltern über die Erwachsenenmedizin erreicht werden als auch Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern über die Kinder- und Jugendmedizin. Im Gesundheitssystem beinhaltet Präventiver Kinderschutz bei der Versorgung von Kindern und Eltern:

- Primärprävention, d.h. Informationsvermittlung, Aufklärung und vorausschauende Gesundheitsberatung und gilt für alle Patienten
- Sekundär(-indizierte) Prävention, d.h. Vermittlung freiwilliger Unterstützungsangebote bei erkanntem Hilfebedarf und gilt für alle Familien in Belastungssituationen oder mit Risikokonstellationen
- Tertiärprävention, d.h. Durchführung einer Risikoanalyse und Einleitung entsprechender Interventionen, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung von Kindern bestehen

Eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention ist das Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren. Zentrale Präventionsansätze bestehen darin, Risikofaktoren zu identifizieren und zu beeinflussen, vorhandene psychosoziale Belastungsfaktoren zu reduzieren und durch Stärkung von Schutzfaktoren zu kompensieren (Lenz, 2017). Dieses sollte idealerweise zu einem Zeitpunkt erfolgen, wo noch keine manifesten Symptome feststellbar sind, die sich jedoch ohne Interventionen einstellen würden. Im Kindes- und Jugendalter kommt dabei der Stärkung der Ressourcen innerhalb des Familiensystems als zentraler Sozialisationsinstanz eine besonders hohe Bedeutung zu.

Es ist festzustellen, dass der Hilfe- und Unterstützungsbedarf betroffener Kinder und ihrer oft überforderten, multipel belasteten Eltern sehr vielfältig ist. Er erfordert ein frühzeitiges (möglichst schon vor oder während der Schwangerschaft einsetzendes), umfassendes Spektrum von niedrigschwelligen, primärpräventiven

Hilfen bis zu differenzierten, individuell angepassten, sekundärpräventiven und intervenierenden Versorgungsangeboten unterschiedlicher Leistungssysteme.

Aufgrund zahlreicher, nicht stigmatisierender Zugangswege in der Regelversorgung kann präventiver Kinderschutz im Gesundheitssystem gelingen und können Familien erreicht werden. Aufklärungsarbeit kann geleistet werden, auf Hilfsangebote kann hingewiesen werden und Hilfebedarfe können frühzeitig erkannt und entsprechende Hilfen vermittelt werden.

8.2 Impulse für die präventive Arbeit

Kinder und Eltern stärken, frühzeitig erreichen und Hilfen bei Bedarf vermitteln

Stärkung von Kindern und Eltern ist eine Aufgabe von Fachkräften im Gesundheits- und Hilfesystem. Dazu gehört es, ein verbessertes Verständnis über die eigene Situation bzw. die Erkrankung zu erlangen. Diese Art der Psychoedukation kann positive Effekte auf das Wohlbefinden haben. Sie sollte als beratender Ansatz in den Behandlungsplan integriert werden. Patienten/Eltern müssen gehört und ernst genommen werden. Es gilt neben den Belastungen auch Stärken und Ressourcen herauszustellen und mit Patienten/Eltern zu erarbeiten, worauf sie zurückgreifen können und was sie brauchen, um Situationen zu meistern.

Tipps für den richtigen Umgang mit Patienten/Eltern (Stollberg, 2021):

- Allgemeine Gesprächsregeln beachten (Höflichkeit, Respekt)
- Störungen so gut es geht vermeiden
- Geeigneten Ort und Zeitpunkt für Gespräche wählen
- Shared-decision-making – Patient/Eltern als Partner betrachten
- Fachbegriffe in leicht verständliche Sprache übersetzen
- Bei Sprachbarrieren einen Dolmetscher organisieren
- Sorgen und Ängste ernst nehmen
- Patienten/-Elternwünsche respektieren
- Offene Fragen klären

Aufklärungsarbeit leisten und Hilfsangebote kennen(-lernen)

Fachkräfte im Gesundheitssystem müssen Fachkenntnisse in Bezug auf Risikokonstellationen haben, um entsprechende Aufklärungsarbeit/vorausschauende Gesundheitsberatung leisten zu können. Dazu zählen bspw. Hinweise für Eltern in Bezug auf Überforderungssituationen, die bei der Versorgung von Kleinkindern entstehen können (Materialien zu SIDS; zum Schütteltrauma oder zu Medienkonsum usw.) oder Hinweise in Bezug auf Entlastungsangebote bei der Versorgung von Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (s. [Gesonderte Themenbereiche des DGKiM AK Prävention](#)).

Fachkräfte im Gesundheitssystem sollten einen Überblick über das Hilfesystem ihrer Region haben. Dazu zählen die Frühen Hilfen, regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und

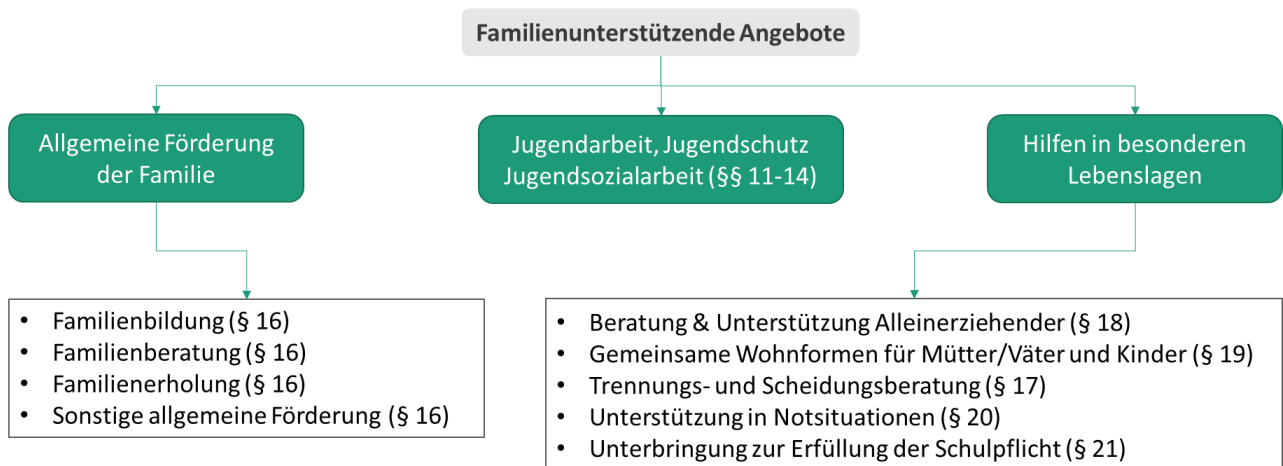


Abbildung 13: Familienunterstützende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe gem. SGB VIII (adaptiert nach Marx & Simon-Stolz)

Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen), spezielle Beratungsangebote (z.B. die sog. „Schrei-Ambulanzen“), die Interdisziplinären Frühförderstellen sowie die unterschiedlichen familienunterstützenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe richtet (s. Abb. 13).

Innere Haltung der professionell Helfenden

(modifiziert Lenz, 2017)

Eine tragfähige Beziehung zwischen professionellen Helfern und den Betroffenen ist die Grundlage für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen und Interventionen (Rogers 1972). Diese Beziehung hat sich sowohl in der Therapie- als auch in der Beratungsforschung als die aussagekräftigste Dimension erwiesen. Folgende gesprächstherapeutische Basisvariablen gelten als allgemein akzeptiert und stellen die Grundlage jeder professionellen Hilfebeziehung dar:

- Empathie, d. h. Einfühlung in die Welt des Patienten/der Eltern und die Übernahme ihrer bzw. seiner Perspektive,
- Kongruenz, d.h. Echtheit und Authentizität,
- Akzeptanz, d.h. die Wertschätzung des Patienten/der Eltern als Personen und
- emotionale Wärme.

Partizipation der Familien

(modifiziert Lenz, 2017)

Partizipation erfordert zunächst Transparenz, also Verdeutlichung und Verständlichkeit der Hilfestruktur, die die Institution und die einzelnen Angebote umgibt. Erst wenn den Patienten/Eltern ausreichendes Wissen über Risiken und Chancen der geplanten Vorgehensweisen, über Interventionsformen und das Setting, über die Diagnose und mögliche Einflussfaktoren bzw. Bedingungszusammenhänge zur Verfügung steht, werden sie »mitentscheidungsfähig« und somit in die Lage versetzt, als handelnde Subjekte aktiv und gestalterisch mitzuwirken. Das Konzept der „Informierten Zustimmung“ (informed consent) bietet einen strukturierten Rahmen dafür (Lenz 2012). Das Ziel, durch Aufklärung und Informationsvermittlung Selbstbemächtigung zu fördern, erfordert eine kontinuierliche Vergewisserung des oder der professionell Helfenden, ob und inwieweit die Informationen, Erklärungen und Beschreibungen auch wirklich verstanden worden

sind. Dazu ist ein Rahmen notwendig, in dem ein dialogisch-reflexiver Verständigungsprozess in Gang gesetzt werden kann (Lenz 2014).

8.3 Gesonderte Themenbereiche des DGKiM Arbeitskreis Prävention

Der DGKiM AK Prävention hat sich verschiedenen Themenbereichen mit besonderen Herausforderungen angenommen und Empfehlungen für Fachkräfte im Gesundheitssystem dazu verfasst. Eine der zentralen Forderungen und Voraussetzungen für einen gelingenden Kinderschutz ist die Vernetzung zwischen den Systemen und Institutionen und die Kooperation zwischen den Fachkräften untereinander, aber auch zwischen Fachkräften Eltern, Kindern und Jugendlichen.

Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

https://www.dgkim.de/dateien/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf

Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

[leitfaden-kinderschutz-bei-chronischen-erkrankungen-und-behinderung.pdf \(dgkim.de\)](leitfaden-kinderschutz-bei-chronischen-erkrankungen-und-behinderung.pdf)

9. Institutionelle Schutzkonzepte

ENTWICKLUNGEN	75
GRUNDSÄTZE	77
BESONDERHEITEN IM GESUNDHEITSSYSTEM	79

Anspruch der DGKiM: Institutionelle Schutzkonzepte sollen in allen Kinder- und Jugendliche versorgenden Einrichtungen des Gesundheitssystems implementiert und als Prozess für die tägliche Arbeit verstanden werden.

9.1 Entwicklungen

Sexueller Missbrauch ist kein Versehen, sondern eine geplante Tat. Damit es nicht dem Zufall überlassen bleibt, ob Mädchen und Jungen geschützt werden, braucht auch Prävention in Einrichtungen und Institutionen einen Plan: ein Schutzkonzept. Institutionen und Einrichtungen des Bildungs-, Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialsektors, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, stehen vor der Herausforderung, sich zu einem sicheren Ort zu entwickeln.

Schutzkonzepte helfen Organisationen und Einrichtungen des Bildungs-, Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialsektors wie Kitas, Schulen, Sportvereine oder Arztpraxen und psychotherapeutischen Praxen, zu Orten zu werden, an denen Kinder und Jugendliche vor sexueller Gewalt geschützt werden. Sie vermindern das Risiko, dass sexuelle Gewalt in der Einrichtung oder Organisation verübt wird und tragen dazu bei, dass betroffene Kinder und Jugendliche von Fachkräften erkannt werden und Zugang zu Hilfe erhalten. Institutionelle Schutzkonzepte für Prävention und Intervention sind ein Zusammenspiel aus Analyse, strukturellen Veränderungen, Vereinbarungen und Kommunikation sowie Haltung und Kultur einer Organisation. Sie basieren auf den [Leitlinien des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch](#) (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022b).

Bereits im Jahr 2015 wurde von der DGKiM (damals AG KiM) ein Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken ([AG KiM Leitfaden zur Prävention von SKM in Kinderkliniken\2\ \(dgkim.de\)](#)) veröffentlicht und somit die besonderen Belange für Schutzkonzepte an Kinderkliniken benannt. Es folgten einzelne Konzepte in Kliniken. Ein aktuelles Good Practice-Beispiel aus dem Jahr 2020, welches u. a. auf den Empfehlungen der DGKiM, des Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch, des UBSKM (Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs) und des E-Learning Curriculums Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch beruht, ist das Schutzkonzept zur Gewaltprävention des Uniklinikums des Saarlandes ([schutzkonzept gewaltpraevention am uks - version 3-1.pdf \(dgkim.de\)](#)).

Mit dem **Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** wurde in der Sitzung am 16. Juli 2020 die Thematik aufgegriffen und beschlossen, die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 (BAnz AT 15.11.2016 B2) wie folgt zu ändern:

I. Teil A wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 2 wird folgender Spiegelstrich angefügt:

„- Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Je nach Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und Patientenklientel wird über das spezifische Vorgehen zur Sensibilisierung des Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen entschieden. Dies können u. a. sein: Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte. Einrichtungintern dienen unter anderem wertschätzender Umgang, Vermeidung von Diskriminierung oder Motivation zu gewaltfreier Sprache diesem Ziel.

Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, müssen sich gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen. Daraus werden der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend, konkrete Schritte und Maßnahmen abgeleitet (Schutzkonzept).“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020)

Mit dieser Richtlinie sind jetzt insbesondere Krankenhäuser aufgerufen, Schutzkonzepte zur Prävention und Intervention von sexuellem Missbrauch und Gewalt in ihren Institutionen vorzuhalten.

9.2 Grundsätze

Institutionelle Schutzkonzepte zur Prävention und Intervention von Missbrauch und Gewalt sollten folgende Grundsätze beinhalten. Entnommen und adaptiert (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022b).

Leitbild	Verankerung der Präventionsverantwortung in Leitbild, Satzung oder Ethik-Richtlinie
Verhaltenskodex	Einrichtungs- und arbeitsfeldspezifischer Verhaltenskodex/Selbstverpflichtungserklärung Ein Verhaltenskodex dient Mitarbeitenden als Orientierungsrahmen für den grenzachtenden Umgang mit Mädchen und Jungen und formuliert Regelungen für Situationen, die für sexuelle Gewalt leicht ausgenützt werden können. Die Regeln und Verbote zielen auf den Schutz vor sexuellem Missbrauch und zugleich auf den Schutz der Mitarbeitenden vor falschem Verdacht. Der Verhaltenskodex kann auch als Zusatzvereinbarung zum Arbeitsvertrag gestaltet werden, um ein Höchstmaß an Verbindlichkeit herzustellen. Ähnliche Ziele werden mit der Selbstverpflichtungserklärung verfolgt, in der sich Mitarbeitende durch Unterschrift zur Einhaltung verschiedener Aspekte, die Kinderrechte und Kinderschutz umsetzen, verpflichten
Fortbildungen	Fortbildungen für alle haupt- und ehrenamtlich Beschäftigten Grundlagenwissen ist unerlässlich, um die Relevanz des Themas zu durchdringen, Sensibilität zu entwickeln und die Entwicklung des Schutzkonzepts aktiv mitzutragen.
Erweitertes Führungszeugnis	Vorlage eines Erweiterten Führungszeugnis Das Bundeskinderschutzgesetz verpflichtet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der öffentlichen und freien Jugendhilfe dazu. Zu empfehlen ist, in allen Institutionen des Bildungs-, Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialsektors, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, die Vorlage durch Selbstverpflichtung zu verlangen und dies gesetzlich zu verankern.
Partizipation	Partizipation von Kindern und Jugendlichen Die Entscheidung für die systematische Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Entscheidungen, die sie betreffen, stärkt deren Position und verringert das Machtgefälle zwischen Erwachsenen und Kindern.
Präventionsangebote	Präventionsangebote für Mädchen und Jungen Das Recht auf Achtung der persönlichen Grenzen und auf Hilfe in Notlagen sollte im Alltag der Institution thematisiert und gelebt werden. In Institutionen des Bildungs- und Erziehungssektors sollten konkrete Präventionsangebote in regelmäßigen Abständen gemacht sowie sexualpädagogische Konzepte entwickelt und umgesetzt werden.

Informationsveranstaltungen	<p>Informationsveranstaltungen für Eltern</p> <p>Die Einbeziehung der Eltern und ihre Unterstützung für das Schutzkonzept verlangen eigene Angebote für diese Zielgruppe, die Wissensvermittlung über sexuelle Gewalt, aber auch Anregungen für eine eigene präventive Erziehungshaltung bieten.</p>
Beschwerdeverfahren	<p>Die Einrichtung verfügt über Beschwerdeverfahren und benennt Ansprechpersonen innerhalb und außerhalb der Einrichtung, an die sich Kinder, Jugendliche, Fachkräfte und Eltern im Fall einer Vermutung von sexueller Gewalt wenden können.</p>
Notfallplan	<p>Ein schriftlich fixiertes Verfahren zum Vorgehen bei Verdacht auf sexuelle Gewalt, das sich an den spezifischen Bedingungen der Einrichtung orientiert, ist unerlässliches Element eines Schutzkonzepts. Der Notfallplan enthält auch ein Rehabilitationsverfahren für den Fall einer falschen Verdächtigung gegen Mitarbeitende sowie die Verpflichtung zur Aufarbeitung von Fällen sexueller Gewalt. Die Analyse der Bedingungen, die einen Vorfall ermöglicht haben, ist zugleich Bestandteil der kontinuierlich fortzuschreibenden Risikoanalyse.</p>
Kooperation	<p>Kooperation mit Fachberatungsstelle</p> <p>Der Notfallplan enthält die Verpflichtung, in (Vermutungs-) Fällen von sexueller Gewalt eine Fachberatungsstelle bei der Einschätzung und Entscheidungsfindung zum Vorgehen einzubeziehen. So können Fehlentscheidungen und ein Vorgehen, das den Ruf der Einrichtung über das Kindeswohl stellt, verhindert werden.</p>
Aufarbeitung und regelmäßige Überprüfung des Konzeptes	<p>Die Aufarbeitung aufgetretener Vorfälle muss immer Teil des Prozesses der Schutzkonzepte sein.</p> <p>Schutzkonzepte sind Prozesse, die sowohl verschriftlicht werden müssen, aber vor allem regelmäßige überprüft und weiterentwickelt werden müssen.</p>

9.3 Besonderheiten im Gesundheitssystem

In Anlehnung an das Handout des Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitssystem zu Institutionellen Schutzkonzepten (KKG NRW) [P2106089_A4 InstitutionelleSchutzkonzepte.indd \(kkg-nrw.de\)](https://www.kkg-nrw.de/P2106089_A4_InstitutionelleSchutzkonzepte.indd).

Sensibilisierung

Institutionen des Gesundheitssystems wie Krankenhäuser, Kliniken oder Praxen werden als sichere Orte für Patienten, insbesondere für Kinder und Jugendlichen, angesehen und entsprechen dem Selbstverständnis des Gesundheitssystems und seinen Mitarbeitenden. Trotzdem gibt es immer wieder Berichte von Übergriffen oder sexuellem Missbrauch auch in diesen Bereichen.

Ziele

Ziele von Institutionellen Schutzkonzepten im Gesundheitssystem sind zum einen die Verhinderung von Gelegenheiten von Missbrauch und Gewalt in den Institutionen sowie der Schutz vulnerabler Gruppen wie Kinder und Jugendliche. Zum anderen ist auch der Schutz von Mitarbeitenden vor ungerechtfertigten Anschuldigungen ein Ziel dieser Konzepte.

Entwicklungsprozess

Schutzkonzepte müssen gewollt sein und als dauerhafter Prozess verstanden werden. Mitarbeitende sowie Kinder und Jugendliche sollen eingebunden werden.

Vor der Entwicklung eines Schutzkonzeptes bedarf es der grundsätzlichen Zustimmung folgender Bereiche der Institution:

- Vorstand bzw. Träger der Institution
- Rechtsabteilung und Personalabteilung sowie die Mitarbeitervertretung
- Ärztliche Leitungsebene der direkt betroffenen Kliniken und Abteilungen
- Vertretung des Qualitätsmanagements

Der Einbezug aller Mitarbeitenden und Kindern/Jugendlichen und Eltern ist unerlässlich.

Sollten Mitarbeitende der Kinderschutzgruppe oder Kinderschutzambulanz einbezogen werden, müssen entsprechende personelle und zeitliche Ressourcen dieser Mitarbeitenden für die Aufgaben zur Entwicklung, Umsetzung und Durchführung eines „Institutionellen Schutzkonzeptes“ bereitgestellt werden.

Praktische Hinweise zu einzelnen Aspekten

Für die Entwicklung eines Schutzkonzeptes sind o.g. [Grundsätze](#) zu berücksichtigen. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Analyse der jeweiligen Institution für mögliche Risikokonstellationen und risikobehaftete Situationen sowie die Gestaltung des Beschwerdeverfahrens und den Notfallplan. Folgende Fragen können hilfreich sein:

Was beinhaltet die Risikoanalyse?

- In welchen Situationen sind Mitarbeitende allein mit Kindern und Jugendlichen?
- Welche Präventionsmaßnahmen können für risikobehaftete Situationen in Frage kommen?
- Können durch die Umstellung von Prozessen gewisse Risikokonstellationen vermieden werden?
- Lassen sich bauliche, einrichtungstechnische, strukturelle oder auch personelle Voraussetzungen leicht ändern?
- ...

Was passiert nach Bekanntwerden eines Vorfalles/Auftreten eines Verdachtsfalles?

- Wodurch und auf welchem Wege können Mitarbeitende Kenntnis erlangen und an wen können sie sich dann wenden?

- Wer ist für was verantwortlich und wie erfolgt Meldeweg, Dokumentation, Einbezug von wem und zu welchem Zeitpunkt?
- Wie lässt sich ein internes Beschwerdeverfahren darstellen und vermitteln (Flussdiagramme, Einstellungsgespräche, Fortbildungen, ...)?
- Wie wird der Umgang mit den Betroffenen gestaltet?
 - Kinder, Jugendlichen und Eltern
 - Meldende Mitarbeitende
 - Verdächtige Mitarbeitende (ggf. auch Vorgesetzte)
- Wie erfolgt die Abklärung (intern und/oder Einbezug externer Hilfe)?
- Welche Regelungen sollten verbindlich sein und wer ist wofür zuständig?
- ...

Was könnte Mitarbeitenden bei der **Umsetzung** helfen?

- Thematisierung bereits zur Einstellung mit Besprechung/Aushandigung des Verhaltensindex mit Unterschrift der selbstverpflichtenden Erklärung
- Entwicklung eines Selbstreflexionsbogens für Meldende im Verdachtsfall
- Regelmäßige Thematisierung, z.B. im Jahresbericht, im Rahmen von Fortbildungen
- Anregung zur Diskussion unter den Mitarbeitenden mit Themen, wie z.B. Nähe-Distanz-Verhalten, Machtmissbrauch und Hierarchien, Achtsamkeit leben im Umgang mit Kollegen und Patienten
- Externe Beratungen in Anspruch nehmen
- ...

Hilfen bei der Entwicklung und Umsetzung

- DGKiM Leitfaden zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch in Kinderkliniken von 2015 [AG KiM Leitfaden zur Prävention von SKM in Kinderkliniken\2\ \(dgkim.de\)](#)
- KKG NRW: [Handout Institutionelle Schutzkonzepte](#)
- E-Learning Ulm [Verbundprojekt ECQAT - E-Learning Kinderschutz \(elearning-kinderschutz.de\)](#)
- ECPAT Deutschland e.V- [Schutzkonzepte – Ecpat Deutschland e.V.](#)

10. ANGEBOTE DER DGKiM

DGKIM JAHRESTAGUNG	81
DGKIM-QUALITÄTSZIRKEL DER KINDERSCHUTZGRUPPEN	82
FORTBILDUNGEN DER DGKIM	83
DGKIM ARBEITSKREISE UND KOMMISSIONEN	84

Anspruch der DGKiM: *Fachliche Qualität im Gesundheitssystem sichern, aktuelle Entwicklungen einschätzen und verbreiten, wissenschaftliches Arbeiten im Medizinischen Kinderschutz vorantreiben und den Austausch zwischen den Fachkräften im Gesundheitssystem fördern.*

10.1 DGKiM Jahrestagung

In jedem Jahr veranstaltet die DGKiM eine zweitägige wissenschaftliche Tagung mit aktuellen Forschungsergebnissen und Diskussion zu zentralen Themen des Kinderschutzes. Außerdem dient die Tagung dem Austausch aller im Kinderschutz beteiligten Professionen und fördert das Verständnis untereinander und trägt zur Verbesserung der Kooperation bei.

Jahrestagungen der DGKiM

- 2009 in Bonn: **Wissenschaft im Medizinischen Kinderschutz, Finanzierung**
- 2010 in Hannover: **Medizinischer Kinderschutz & Gesellschaft**
- 2011 in Berlin: **Praxis im Medizinischen Kinderschutz, KSG, sexueller Missbrauch**
- 2012 in Halle: **Kooperationsstrukturen im Kinderschutz**
- 2013 in Landshut: **Kinderschutzgruppen, Recht, Standards**
- 2014 in Freiburg: **Frühe Hilfen, Tötungen, Missbrauch in Institutionen**
- 2015 in Dresden: **Kinder in drogenbelasteten Familien**
- 2016 in Hamburg: **Schütteltrauma, neue Medien, Recht**
- 2017 in Frankfurt: **Kinderschutz interdisziplinär und multiprofessionell**
- 2018 in Kassel: **Kinderschutz in der Medizin - damals, heute, morgen**
- 2019 in Lünen: **Kind im Zentrum & Gesunde Sexualität**
- 2021 in Bamberg: **Brücken bauen**
- 2022 in Hamburg: **Kinderschutz in ländlichen Regionen**
- 2023 in Köln: **Dos und Don'ts im Medizinischen Kinderschutz**

10.2 DGKiM-Qualitätszirkel der Kinderschutzgruppen

Das erste bundesdeutsche Kinderschutzgruppen Treffen fand 2016 in Berlin statt und wird seitdem jährlich durch die jeweilige KSG vor Ort mit der DGKiM als Veranstalter ausgerichtet. Die Treffen tragen zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung im Medizinischen Kinderschutz in Deutschland bei. Es werden dabei folgende Ziele verfolgt:

- **Handlungssicherheit für Mitarbeitende der Kinderschutzgruppen**
Der Schwerpunkt der Treffen ist ein Austausch der Mitarbeiter der Kinderschutzgruppen über Professionen, Kliniken und Bundesländer hinweg. Die Besprechung von Fallverläufen und Vorgehensweisen soll ihnen eine höhere Handlungssicherheit bei der Versorgung/Betreuung von Kindern mit einer fraglichen Kindeswohlgefährdung geben.
- **Implementierung von Kinderschutzgruppen**
Inhaltlich sind Vorgehensweisen und insbesondere Diagnostik im Medizinischen Kinderschutz in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie und in Vorgaben zur Abrechnung des Zusatzentgeltes (OPS 1-945.0/1 (BfArM)) festgelegt. Deren praktische und konsequente Anwendung sowie die Schaffung der für die Umsetzung nötigen Strukturen in den Kliniken ist deutschlandweit unterschiedlich. Durch Austausch über die konkreten Umsetzungsweisen werden wertvolle Informationen und Erfahrungen weitergegeben und können so zu einer Verbesserung der Arbeitsweisen beitragen. Ferner werden so Kooperationen zwischen den KSG auch überregional gefördert.
- **Netzwerkarbeit durch good-practice-Beispiele**
Medizinischer Kinderschutz ist eng mit der Kinder- und Jugendhilfe vernetzt. Die Organisationen von Jugendämtern als auch von Unterstützungsstrukturen weisen je nach Region und Bundesland zahlreiche Unterschiede auf. Diese Unterschiede bedingen für die essenzielle Netzwerkarbeit eine große Heterogenität in der täglichen Arbeit der KSGen in den Kliniken. Durch den bundeslandübergreifenden Austausch können gute Erfahrungen der verschiedenen Regionen verbreitet, ggf. übernommen und weiterentwickelt werden. Die Vereinheitlichung von optimierten Prozessabläufen ist für die Zukunft anzustreben.
- **Herausforderungen kommunizieren und Lösungsansätze finden**
Probleme der KSGen bei der konkreten Arbeit sollen rückgemeldet und gesammelt werden. In Zusammenarbeit mit der DGKiM sollen Lösungswege auf inhaltlicher, aber auch politischer Ebene gefunden werden.

Alle Informationen zu Kinderschutzgruppen und den jährlichen Treffen sind unter [Alle Kinderschutzgruppen auf einen Blick — DGKiM](#) zu finden.

10.3 Fortbildungen der DGKiM

Die DGKiM setzt sich das Ziel, medizinische Fachkräfte zu unterstützen und klinische und praktisch-ärztliche Arbeit auf dem Gebiet der Erkennung und Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung an Kindern und Jugendlichen zu fördern. Mit dem Zertifikatslehrgang Kinderschutzmediziner/in als Qualitätsmerkmal für den Medizinischen Kinderschutz sollen Defizite im Bereich des Medizinischen Kinderschutzes geschlossen werden und Handlungssicherheiten gegeben werden. Für die Erlangung des Zertifikats Kinderschutzmediziner/in DGKiM wird die Teilnahme an dem Basis- und Aufbaukurs des Zertifikatslehrgangs vorausgesetzt. Die Kurse werden regelmäßig angeboten. Der erste Basiskurs wurde 2019 in Kassel durchgeführt als Fortführung der Kasseler Fortbildung. Im Jahr 2021 und 2022 wurden die Basis- und Aufbaukurse als online Veranstaltung durchgeführt. Näheres zu dem Zertifikatslehrgang und dem Wissens- und Kompetenzkatalog Kinderschutzmedizin der DGKiM ist unter [Zertifizierung und Akkreditierung – DGKiM](#) zu finden.

Fortbildungen zu speziellen Aspekten des Kinderschutzes werden in Kooperation mit anderen Institutionen angeboten.

10.4 DGKiM Arbeitskreise und Kommissionen

Arbeitskreise (AK) und Kommissionen bestehen aus Mitgliedern der DGKiM und werden vom Vorstand der DGKiM eingesetzt und beschäftigen sich mit speziellen Aufgaben des Medizinischen Kinderschutzes. Im Einzelnen sind dies:

Arbeitskreis Kooperative Studien

Ziel des AK Kooperative-Studien ist es, wissenschaftliche Untersuchungen zu initiieren und zu fördern. Die DGKiM stellt hierzu Netzwerk und Expertise für geplante Studien zur Verfügung.

Arbeitskreis Prävention

Ziel des AK Prävention ist eine möglichst breite interdisziplinäre Zusammenarbeit, was sich bei der bisherigen Zusammensetzung der an einer Mitarbeit Interessierten widerspiegelt. Arbeitsauftrag des AK's ist in Anlehnung an die Satzung der DGKiM – für spezielle Themenbereiche „Konzepte für Prävention, Früherkennung, frühe Intervention und geeigneten Umgang und erforderliche Kooperationen zusammenzutragen, weiter- oder neu zu entwickeln“.

Zu bearbeitende Schwerpunktthemen sind nach Auswertung der Rückmeldungen der an einer Mitarbeit Interessierten mit folgender Präferenz:

- Kinder in suchtbelasteten Familien und Kinder psychisch kranker Eltern
(Leitfaden 2020 veröffentlicht: https://www.dgkim.de/dateien/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf)
- Kinderschutz bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen (Leitfaden 2023 veröffentlicht: <leitfaden-kinderschutz-bei-chronischen-erkrankungen-und-behinderung.pdf> (dgkim.de))
- Kindeswohl in hochskalierten Elternkonflikten und häuslicher Gewalt

Arbeitskreis Kinderschutz in der Arztpraxis

Der Arbeitskreis erarbeitet aktuell (Stand 2023) ein „Impulspapier für Kinderschutz in der Arztpraxis“.

Kommissionen

Die *Kommission Finanzierung* beschäftigt sich mit der Finanzierung von Kinderschutz im Gesundheitssystem und setzt sich u.a. aktiv für die Gestaltung des OPS 1-945 ein.

Die *Kommission Akkreditierung und Zertifizierung* ist für die Entwicklung von Qualitätsstandards im Medizinischen Kinderschutz verantwortlich wie die Akkreditierung von Kinderschutzgruppen oder die Zertifizierung von Kinderschutzmediziner*innen und hat u.a. einen Wissens- und Kompetenzkatalog für den Medizinischen Kinderschutz veröffentlicht.

11. WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

FACHKRÄFTE	85
KINDER UND JUGENDLICHE	86
ELTERN	86

11.1 Informationen für Fachkräfte

Literatur, Leitfäden und Links (Auswahl)

- Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069
- Bundeskooperationskonzept "Schutz und Hilfen bei Handel mit und Ausbeutung von Kindern" (06/2018)
- DGKiM-Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken (05/2014)
- DGKiM-Leitfaden zum Kinderschutz in Flüchtlingsunterkünften (12/2016)
- DGKiM-Leitfaden zur Interpretation medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch - übersetztes und kommentiertes Update des „Adam's Schema“ (2018)
- DGKiM-Leitfaden Kinderschutz im Öffentlichen Gesundheitsdienst (02/2020)
- DGKiM-Leitfaden Präventiver Kinderschutz von Kindern psychisch- und suchtkranker Eltern (12/2020)
- DGKiM-Leitfaden Kinderschutz bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen (05/2022)
- Expertise zur ärztlichen Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern (05/2018)
- GAIMH: Positionspapier Digitale Medien und frühe Kindheit (2022)
- KKG NRW: Handout Institutionelle Schutzkonzepten (2020)
- KKG NRW: Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis (2020)
- KKG NRW: Handout Medizinische Fachangestellte (2021)
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2021) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 4. aktualisierte und erweiterte Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York
- Leitliniensammlung der American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect (Stand Februar 2020: 28 Leitlinien):
https://pediatrics.aappublications.org/committee_on_child_abuse_and_neglect
- The Quarterly Child Abuse Medical Update. Vierteljährliche internationale medizinische Kinderschutz Literaturreviews mit Kommentierung. Bibliographical Index kostenfrei.
<https://www.helpersociety.org/quarterlyupdate>
- RCPCH (Royal College of Paediatrics and Child Health). Child Protection Evidence – Systematic Reviews. <https://childprotection.rcpch.ac.uk/child-protection-evidence/>
- Schutzkonzept Gewaltprävention am UKS, Universitätsklinikum im Saarland (07/2020)

11.2 Bundesweite Angebote/Informationen für Kinder und Jugendliche

- Kinder und Jugendliche (Hilfe am Telefon; kostenlos und anonym)
- Kinder- und Jugendtelefon (116 111) und Hilfetelefon Sexueller Missbrauch (0800 22 55 530)
- Version für Kinder und Jugendliche von der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie, die in sechs Sprachen verfügbar ist: [Kinder- und Jugendversion — DGKiM](#)
- UBSKM: [Stelle deine Playlist zusammen \(deine-playlist-2022.de\)](#)

11.3 Bundesweite Angebote/Informationen für Eltern

- Frühe Hilfen für Eltern von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren <https://www.elternsein.info/suche-fruehe-hilfen/>
- Elterntelefon (0800 111 0 550) und Onlineberatung für Eltern www.bke-elternberatung.de
- NZFH: [Materialien für Eltern und Familien | Nationales Zentrum Frühe Hilfen \(NZFH\) \(fruehehilfen.de\)](#)

12. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
EBM	Einheitliche Bewertungsmaßstab
FamFG	Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSA	Hochschulambulanz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJSG	Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KSG	Kinderschutzgruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KWG	Kindeswohlgefährdung
ISEF/InSoFa	Insoweit erfahrene Fachkraft
MD	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OEG	Opferentschädigungsgesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
RiStBV	Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
UBSKM	Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

13. LITERATURVERZEICHNIS

Grundlage des Leitfadens bilden folgende Quellen:

DGKiM und DAKJ-Leitfaden. Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung, Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Version 1.6, 11/2016

Kinderschutzgruppe Landshut. Kooperativer Kinderschutz im multiprofessionellen Zusammenwirken 2018 – 2019 Projektbericht

Weitere Quellen sind:

Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022a. Schadensersatz und Entschädigung [WWW Document]. UBSKM. URL <https://beauftragtemissbrauch.de/themen/recht/schadensersatz-und-entschaedigung> (accessed 2.9.23).

Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022b. Schutzkonzepte [WWW Document]. UBSKM. URL <https://beauftragtemissbrauch.de/themen/schutz-und-praevention/schutzkonzepte> (accessed 2.9.23).

Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2021. Definition von Kindesmissbrauch [WWW Document]. UBSKM. URL <https://beauftragtemissbrauch.de/themen/definition/definition-von-kindesmissbrauch> (accessed 2.9.23).

Ausschuss für Gesundheit. Deutscher Bundestag, 2013. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Drucksache 17/13770. Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. 05. 06. 2013.

Balint, N., David, M., Fegert, J.M., Fryszer, L.A., Helling-Bakki, A., Herrmann, B., Hirchenhain, C., Schmidt, U., Winter, S.M., 2022. Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. Geburtshilfe Frauenheilkd 82, 694–705. <https://doi.org/10.1055/a-1860-0562>

BGH, 06.02.2019 - XII ZB 408/18, 2019.

BMFSFJ, 2020. Jugendämter stellen sich und ihre Aufgaben vor [WWW Document]. BMFSFJ. URL <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/jugendaemter-stellen-sich-und-ihre-aufgaben-vor-161308> (accessed 2.9.23).

British Society of Paediatric Dentistry, 2020. Child protection and the dental team [WWW Document]. URL <https://www.bda.org/childprotection/Responsibility> (accessed 4.4.23).

Bundesgesetzblatt, 2020. § 27 Absatz 1 Satz 6 SGB V. Krankenbehandlung, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung -.

Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2023. BfArM - OPS Version 2023 [WWW Document]. URL <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-1-90...1-99.htm#code1-945> (accessed 2.9.23).

Bundesministerium für Gesundheit, 2019. MDK-Reformgesetz [WWW Document]. URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mdk-reformgesetz.html> (accessed 2.9.23).

Bundespsychotherapeutenkammer, 2020. BPTK - Faktenblatt „Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ [Pressemeldung].

Czarnecki, D., 2018. Miteinander statt nebeneinander! -Bundeskooperationskonzept „Schutz und Hilfen bei Handel mit und Ausbeutung von Kindern“ Erarbeitet von Dr. Dorothea Czarnecki, ECPAT Deutschland e.V. – Arbeitsgemeinschaft zum Schutz der Kinder vor sexueller Ausbeutung in Zusammenarbeit mit KOK e.V. – Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Deegener, G., Spangler, Körner, Becker, 2009. EBSK - Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung | Hogrefe. Hogrefe Verlag.

Destatis, 2022. Kinderschutz: Jugendämter nahmen 2021 5 % mehr Kinder und Jugendliche in Obhut [WWW Document]. Statistisches Bundesamt. URL

- https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_315_225.html (accessed 3.30.23).
- DGKiM, 2023. DGKiM-Leitfaden für Kinderschutz bei chronischer Erkrankung und Behinderung, Version 1.0 – 05/2023.
- DGSF e.V., 2020. Systemischer Kinderschutz- Kontexte, Wechselwirkungen und Empfehlungen.
- DGSPJ e.V., 2023. Sozialpädiatrische Zentren – DGSPJ [WWW Document]. URL <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatische-zentren/> (accessed 2.9.23).
- DJJuF, 2022. Kinder- und Jugendstärkungsgesetz - FAQ [WWW Document]. URL <https://dijuf.de/handlungsfelder/kjsg/kjsg-faq/kinderschutz> (accessed 2.9.23).
- Döpfner, M., Plück, J., Kinnen, C., 2014. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: CBCL 6-18R, TRF 6-18R, YSR 11-18R ; Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern u. Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern u. Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YRS/11-18R). Hogrefe, Göttingen ; Bern ; Wien [u.a.].
- Eulgem, A., Banaschak, S., Brüning, T., Küfer-Weiß, A., Schwier, F., Simon-Stolz, L., Demir, J., 2020. DGKiM-Leitfaden für Kinderschutzgruppen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Version 1.0. - 02/2020.
- Familiengerichtliches Verfahren [WWW Document], 2021. . Bundesministerium der Justiz. URL https://www.bmj.de/DE/Themen/FamilieUndPartnerschaft/FamiliengerichtlichesVerfahren/FamiliengerichtlichesVerfahren_node.html (accessed 2.9.23).
- Gemeinsamen Bundesausschusses, 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 - Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Goldbeck, L., 2019. Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung, in: Schneider, S., Margraf, J. (Eds.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 917–927. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_50
- Grobe, T.G., Szecsenyi, J., 2021. BARMER Arztreport 2021: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 1st ed. Barmer, Berlin.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F., Hempt, A., 2005. Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt* 76, 546–556. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1819-z>
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Thyen, U., 2022. Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 4. ed. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Hinsehen Erkennen Handeln, 2015. Elterngespräche bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, 2021. PEPP-Entgeltkatalog, InEK GmbH [WWW Document]. URL <https://www.g-drg.de/pepp-entgeltsystem-2021/pepp-entgeltkatalog> (accessed 2.9.23).
- Jaite, C., Hoffmann, F., Seidel*, A., Matzejat, F., Bachmann, C., 2021. Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Status quo und Trends im Zeitraum 2009–2018. *Psychiatrische Praxis*.
- Jaite, C., Seidel, A., Hoffmann, F., Matzejat, F., Bachmann, C., 2022. Guideline-based psychotherapy of children and adolescents in Germany—frequency, treatment modalities, and duration of treatment.
- Jenny, C., Metz, J.B., 2020. Medical Child Abuse and Medical Neglect. *Pediatr Rev* 41, 49–60. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0302>
- Kinderschutzleitlinienbüro, 2019. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF Registernummer: 027 – 069.
- Kinderschutzzentren, 2020. Partnerschaftsgewalt und ihre Auswirkung auf Kinder - Kinderschutz-Zentren [WWW Document]. URL <https://www.kinderschutz-zentren.org/index.php?t=e&a=d&i=51753> (accessed 2.9.23).
- Kindler, H., Lillig, S., Blüm, H., Meysen, T., Werner, A., 2006. DJI - Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) [WWW Document]. URL <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/7182-handbuch->
- DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

- kindeswohlgefaehrung-nach-1666-bgb-und-allgemeiner-sozialer-dienst-asd.html (accessed 5.3.23).
- Lenz, A., 2017. Eltern mit psychischen Erkrankungen in den Frühen Hilfen: Handreichung. Materialien zu Frühen Hilfen. <https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EPE>
- Medizinischer Dienst Bund, 2022. Begutachtungsleitfaden: Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL). Version 2022.1.
- Münzer, A., Fegert, J., Witt, A., Goldbeck, L., 2015. Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche [Service utilization by sexually victimized children and adolescents]. *Nervenheilkunde* 34, 26–32. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627554>
- Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen, 2021. Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das Strafverfahren.
- Noeker, M., Keller, K.M., 2002. Münchenhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 150, 1357–1369. <https://doi.org/10.1007/s00112-002-0608-7>
- 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 Med* 9, e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., Smith, P., 2005. The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 33, 487–498. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002419>
- Plück, J., Scholz, K.-K., Döpfner, M., 2022. CBCL/1 1/2 - 5 - Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (2022). (PSYNDEX Tests Info) [WWW Document].
- Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes, 2019. Ablauf des Strafverfahrens | polizei-beratung.de [WWW Document]. Polizei-Beratung. URL <https://www.polizei-beratung.de/opferinformationen/ablauf-des-strafverfahrens/> (accessed 2.9.23).
- Projekt Hinsehen-Erkennen-Handeln, 2015. Elterngespräche bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.
- Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M.A., Plener, P., Steil, R., 2020. Die neue S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). *tg* 14, 122–131. <https://doi.org/10.21706/tg-14-2-122>
- Santen, E. van, Seckinger, M., 2003. Kooperation: Mythos und Realität in der Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T., Margraf, J., 2020. Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, OMP Ruhr-Universität Bochum. <https://doi.org/10.13154/rub.101.90>
- Steil, R., Füchsel, G., 2006. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: IBS-KJ ; Diagnostik der akuten und der posttraumatischen Belastungsstörung ; Manual. Hogrefe.
- Steil, R., Rosner, R., 2008. Posttraumatische Belastungsstörung, 12009th ed. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Stollberg, D.S., 2021. Der richtige Umgang mit Patienten [WWW Document]. *praktischArzt*. URL <https://www.praktischarzt.at/magazin/der-richtige-umgang-mit-patienten/> (accessed 2.10.23).
- Straus, M.M.A., Gelles, R.J., Steinmetz, S.K., 2006. Behind Closed Doors: Violence in the American Family. Transaction Publishers.
- Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E., Repic, N., Hiller, R., Senf, W., 2011. Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39, 323–340. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000126>
- Verbesserung der Qualität von Sachverständigengutachten in Kindschaftssachen [WWW Document], 2021. . Bundesministerium der Justiz. URL https://www.bmj.de/DE/Themen/FamilieUndPartnerschaft/FamiliengerichtlichesVerfahren/Sachverstaendigengutachten_in_Kindschaftssachen.html (accessed 2.9.23).
- Ziegenhain, U., Fegert, J., Petermann, F., Acosta, H., Künster, A., 2014. Inobhutnahme und Bindung. *Kindheit und Entwicklung* 23, 248–259. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000151>

14. ANHANG mit Dokumentationsvorlagen

ORGANISATION IN DER EINRICHTUNG	92
ABLÄUFE UND ZUSTÄNDIGKEITEN IN DER KLINIK BEI V.A. KINDESWOHLGEFÄHRDUNG UND EXEMPLARISCHE DIENSTANWEISUNG	
KONTAKTLISTE KINDERSCHUTZGRUPPE	
KONTAKTLISTE KINDERSCHUTZ-NETZWERK.....	
KURZ-DOKUMENTATIONEN	97
KURZ-DOKUMENTATION BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG/GEWALT.....	
KURZ-DOKUMENTATION EINER ANOGENITALEN UNTERSUCHUNG	
AUSFÜHRLICHE DOKUMENTE	101
ANAMNESE BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG/GEWALT.....	
GERINNUNGSANAMNESE BEI KINDERN	
GANZKÖRPERUNTERSUCHUNG BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG/GEWALT.....	
FORENSIK-BORGEN BEI V.A. AKUTEN SEXUELLEN MISSBRAUCH	
FORENSISCHES MATERIAL: ENTGEGENNAHME-BESTÄTIGUNG UND TRANSPORTKETTE	
KÖRPER-SCHEMA BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG/GEWALT.....	
BASISDOKUMENTATION FÜR PFLEGEKRÄFTE	
BESUCHERPROTOKOLL FÜR DEN STATIONÄREN AUFENTHALT.....	
PROTOKOLLE UND BERICHTE	122
PROTOKOLL FALLBESPRECHUNG	
PROTOKOLL FALLKONFERENZ	
DOKUMENTATION SEPARATER GESPRÄCHSNOTIZEN FÜR DEN INTERNEN GEBRAUCH.....	
ARZTBRIEF BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG/GEWALT - EMPFEHLUNGEN.....	
CHECKLISTEN	130
CHECKLISTE SOMATISCHE DIAGNOSTIK	
CHECKLISTE BEI V.A. VERNACHLÄSSIGUNG	
CHECKLISTE AKUTER SEXUELLER ÜBERGRIFF	
DIAGNOSTIK BEI VERDACHT AUF GEFÄHRDUNG VON KINDESWOHL UND KINDERGESUNDHEIT (OPS 1-945.-).....	
CHECKLISTE FÜR DIE ENTLASSUNG.....	
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN	137
SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG	
EINWILLIGUNG ZUR UNTERSUCHUNG UND FOTODOKUMENTATION	
KOOPERATION MIT DEM JUGENDAMT	139
MITTEILUNG BEI V.A. KINDESWOHLGEFÄHRDUNG AN DAS JUGENDAMT MIT BITTE UM RÜCKMELDUNG.....	
ANFRAGE AN DAS JUGENDAMT BEI BERATUNGS-/UNTERSTÜTZUNGSBEDARF.....	
KOOPERATIONSVEREINBARUNG MIT DEM JUGENDAMT.....	
RELEVANTE GESETZESTEXTE	147

HINWEIS

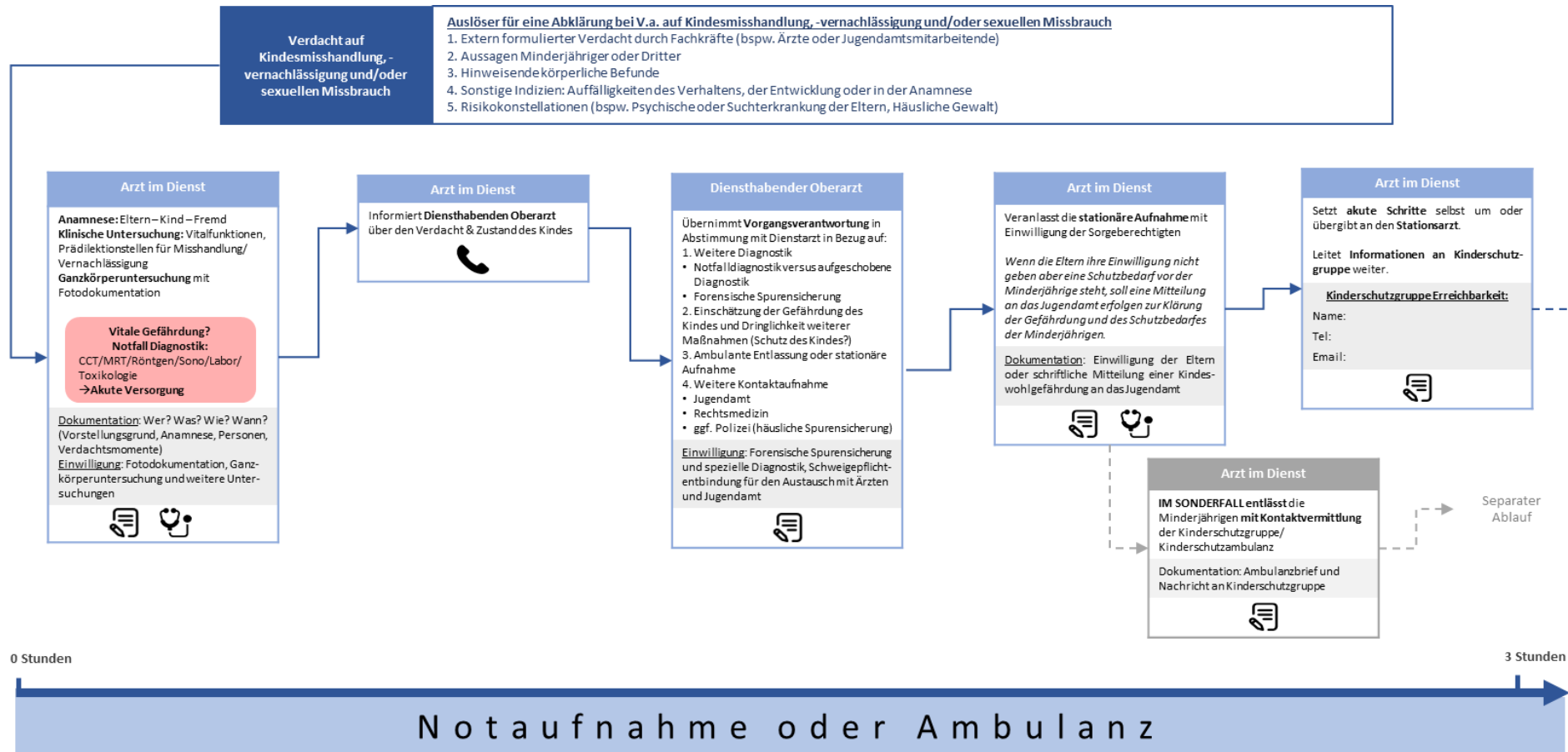
Bitte beachten Sie, dass der Stand dieser Empfehlungen dem Datum der Veröffentlichung dieses Leitfadens entspricht. Aktualisieren Sie Ihre Kenntnisse eigenständig. Die Gesetzestexte entsprechen dem Stand von April 2023.

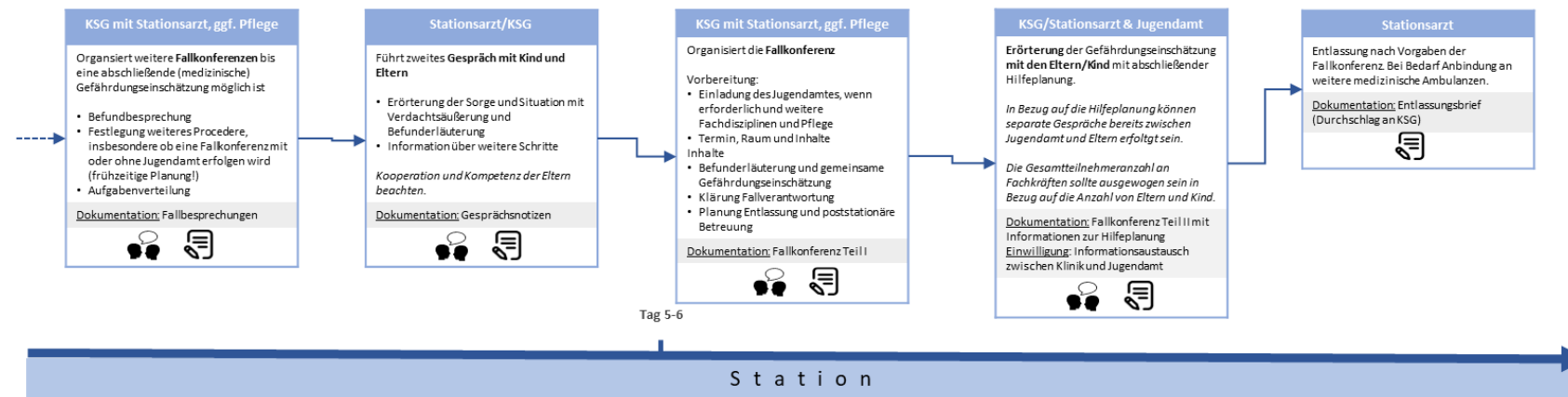
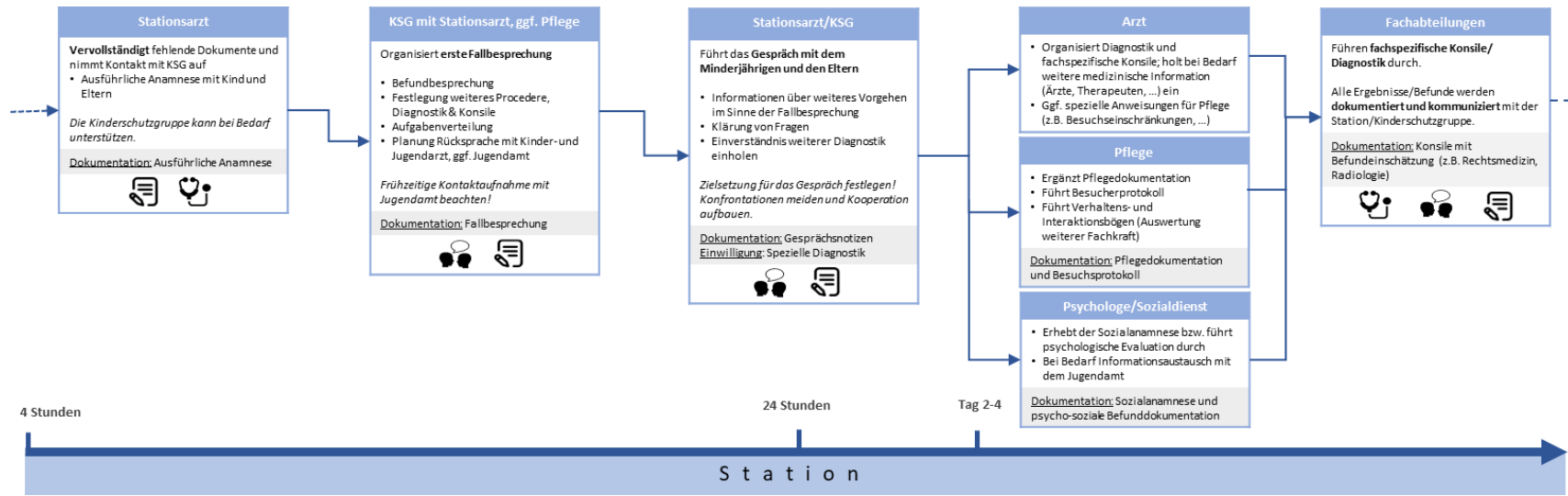
Jeder „Kinderschutzfall“ ist einzeln zu betrachten. Explizite Hinweise zu Indikationen und Diagnostik bei V.a. Kindeswohlgefährdung finden Sie in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie.

14.1 Organisation in der Einrichtung

Abläufe und Zuständigkeiten in der Klinik bei V.a. Kindeswohlgefährdung mit exemplarischer Dienstanweisung

MERKE: Der Klinische Pfad sollte für jede Klinik, insbesondere für die Notaufnahmen angepasst werden.





Exemplarische Dienstanweisung zum Klinischen Pfad bei V.a. Kindeswohlgefährdung

[modifiziert nach Ingo Franke, www.kinderschutzgruppe.de]

Die Dienstanweisung sollte verbindlich sein und von den entsprechenden Leitungen der Kliniken/Abteilungen freigegeben werden.

- ☞ Immer zeitnahe Information und Einbeziehung der Kinderschutzgruppe (spätestens am nächstfolgenden Werktag) bei allen Verdachtsfällen auf Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren.
- ☞ Im Dienst immer Information an diensthabenden Oberarzt und gemeinsam Indikationen stellen und Procedere festlegen.
- ☞ Indikation zu umgehenden diagnostischen Maßnahmen durch mind. zwei Ärzte (Diagnostik gemäß Standard der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie) prüfen:
 - Bildgebende Diagnostik notwendig?
 - Kinder-/jugend gynäkologischer Notfall-Untersuchung notwendig?
 - Spurensicherung notwendig?
 - Labor- und toxikologische Untersuchungen notwendig?
 - Konsultation eines Arztes mit Kinderschutz erfahrung notwendig?
 - Konsultation Psychologe notwendig?
- ☞ Indikation für akute Schutzmaßnahmen prüfen:
 - Stationäre Aufnahme notwendig?
 - Sofortige Inobhutnahme durch das Jugendamt zur Sicherung des Kindesschutzes sinnvoll?
- ☞ Indikation zur Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt prüfen:
 - Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung?
 - Vermittlung zur Annahme von Hilfen, basierend auf Freiwilligkeit
- ☞ Immer strukturierte Dokumentationsbögen benutzen:
 - Schnell-Dokumentation: im Dienst
 - Ausführliche Dokumentationsbögen: am folgenden Werktag
- ☞ In der Regel ist es weder erforderlich noch sinnvoll die Eltern primär auf den Misshandlungsverdacht hinzuweisen. Es ist festzustellen, dass aufgrund der Besonderheit/Schwere/Ausmaß/etc. der Verletzungen dringender weiterer medizinischer Klärungsbedarf besteht, man sich aus ärztlicher Sicht Sorgen um das Kind macht und die Klärung im Sinne des Kindes und natürlich auch der Eltern ist (an Elternverantwortung appellieren!).
- ☞ Bei allen Verdachtsfällen sowie bei Entlassung von stationär behandelten Fällen soll immer ein Durchschlag des Entlassungsbriefes an die Kinderschutzgruppe zur zentralen Erfassung aller (Verdachts-)Fälle weitergeleitet werden.

Kontaktliste Kinderschutzgruppe

Kontaktliste Kinderschutzgruppe
--

Telefon KSG:	E-Mail KSG:
--------------	-------------

Materialien für Kinderschutz abrufbar/einsehbar:

Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Telefon	E-Mail

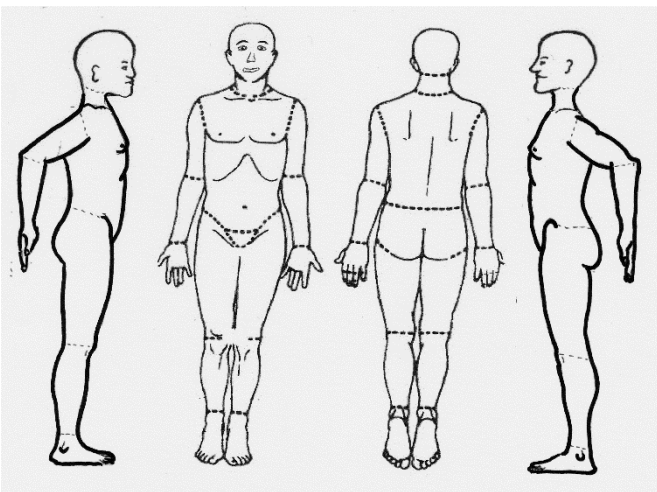
Kontaktliste Kinderschutz-Netzwerk

Kontaktliste Kinderschutz-Netzwerk			
Einrichtung	Telefon	Telefax	E-Mail
Kinderschutzgruppe/ Kinderklinik Ansprechperson:			
Kinderschutzambulanz Ansprechperson:			
Insoweit erfahren Fachkraft/Beratung nach § 8b SGB VIII Ansprechperson:			
Koordination Frühe Hilfen Ansprechperson:			
Koordination Kinderschutz Ansprechperson:			
Jugendamt (Stadt) Ansprechperson:			
Familiengericht Ansprechperson:			
Beratungsstelle sexualisierte Gewalt Ansprechperson:			
Institut für Rechtsmedizin Ansprechperson			
Öffentlicher Gesundheitsdienst Ansprechperson			
Kriminalkommissariat (Stadt) Ansprechperson:			
Polizei- Dienststelle Ansprechperson:			

14.2 Kurz-Dokumentationen

Kurz-Dokumentation bei V.a. Vernachlässigung/Gewalt

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d <input type="checkbox"/> Station:	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____	
Untersucher/in: _____	



Unfall-/Verbrennungshergang (Stichworte):

V.a. Nicht-akzidentellen Mechanismus, weil

- Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. hinten gesondert erläutern)
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke) Ungewöhnliche Lokalisation
- Multiple Hämatome Hämatome in Clustern
- Prädilektionsstellen (retroaurikulär, Lippen-/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Thermische Verletzung (Art, Lokalisation, Verbrennungs-/Verbrühungsgrad, KOF in % angeben)
- Kontaktverbrennung (Lokalisation, spezifische Muster (Zigarette), Form angeben!)
- Immersionsverbrennung („Handschuh-/Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Sonstiges

Allgemeiner Zustand/Vigilanz ggf. Glasgow Coma Scale:

V.a. **Gedeihstörung** **Entwicklungsstörung** **Vernachlässigung**

V.a. **Fraktur(en)** Nein Ja, welche:

Anogenitaler Status (Extra-Schema verwenden) später vorgesehen erfolgt, Wertung:

Vorgesehene Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening laut AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie
- Thorax schräg bds.
- Becken und WS
- Wiederholung Thorax
- Sonstige

Augenhintergrund

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Zentrale Bildgebung

- MRT (Schädel)
- MRT (WS)
- CCT (Schädel)

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, (BG)
- Urinstatus
- Drogenscreening (Urin/Serum/Mekonium)

Weiteres

- Nur gezielt: TPHA, Cu/Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen
- Organische Säuren im Urin

Procedere

Stationäre Aufnahme, Station:

IMMER Info diensthabender Oberarzt/ärztin
Name: _____

Ambulant möglich (*Ausnahme!*) weil:

Info Kinderschutzgruppe

Kindergynäkologischer Status

Info Sozialdienst im Hause

Fotodokumentation (+Skizze!)

Info Jugendamt (Ansprechpartner _____)

Info/Nachfrage Kinder-/Jugend-/Hausarzt, andere Kliniken

Ort, Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin Name auch in Druckschrift, Tel.

Kurz-Dokumentation einer anogenitalen Untersuchung

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d <input type="checkbox"/> Station:	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____	
Untersucher/in: _____	

ANAMNESE (wird gesondert dokumentiert. Ggf. ergänzende Hinweise/Aussagen auf Rückseite ausführen.)

Menarche: Nein Ja:

Blutungen: Nein Ja:

Fluor: Nein Ja:

Sonstiges:

Strukturierter Verhaltensfragebogen: erfasst nicht erfasst

Verhalten bei Untersuchung: kooperativ schüchtern ängstlich widerstrebend lehnt ab

KÖRPERLICHER BEFUND unauffällig Nebenbefund:

Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G

GENITALER BEFUND Inspektion Separation Traktion Knie-Brust-Lage Kolposkop

Äußeres Genitale unauffällig auffällig:

Labia majora/minora/Klitoris unauffällig auffällig:

Vestibulum vaginae unauffällig auffällig:

Vaginaler Fluor Nein Ja:

Fossa navicularis unauffällig auffällig:

Hymen:

Konfiguration semilunär anulär östrogenisiert, wulstig Normvariante:

Entfaltung nein ja, bei Inspektion Separation Traktion Knie-Brust-Lage Q-Tip Wasser

Posteriorer Randsaum **intakt**, glattrandig nicht beurteilbar auffällig:

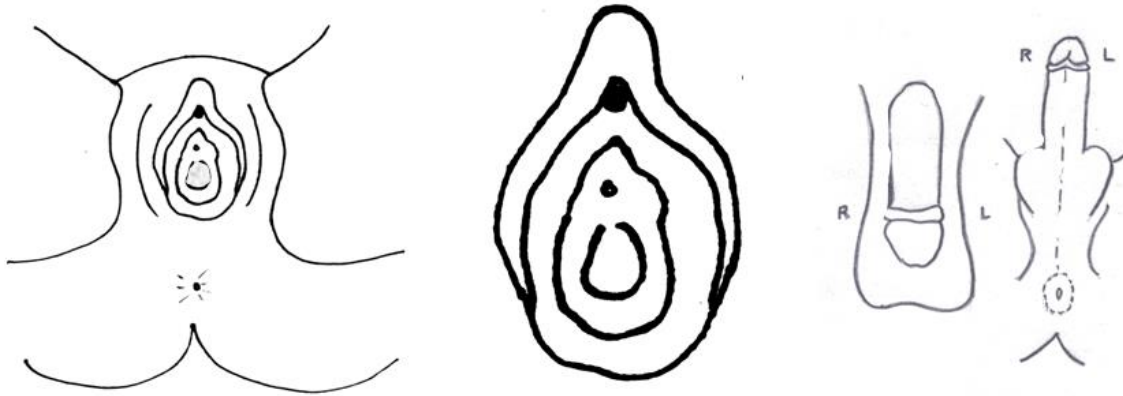
Perineum, Commissura post. unauffällig auffällig:

ANALER BEFUND Inspektion Kolposkop

Dilatation normal auffällig:

Fissuren nein ja

SKIZZE



DIAGNOSTIK durchgeführt nicht indiziert

Abstriche

- vaginal Gonokokken Chlamydien Forensik/DNA* TPHA Hep.B HIV
- anal Gonokokken Chlamydien Forensik/DNA*
- pharyngeal Gonokokken Forensik/DNA*

Serologie

BEWERTUNG (Hinweis: Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!)

ggf. Adams Befundklasse:

EMPFEHLUNGEN

- Prophylaxen: nicht erforderlich Indiziert (bitte extra dokumentieren)
- Sex. übertragene Infektionen Notfallkontrazeption
- Jugendamt Beratungsstelle: Psychotherapie/Psychologie:
- Wiedervorstellung/Kontrolle am: _____
- Sonstiges:

Ort, Datum Untersuchender Arzt/Ärztin, Name auch in Druckschrift, Tel./

14.3 Ausführliche Dokumente

Anamnese bei V.a. Vernachlässigung/Gewalt

_____ , geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Untersucher/in: _____	

1. Vorstellung am _____ um _____ Uhr Ort: _____

Anwesend (außer dem Kind) (Namen notieren): Vater Mutter Andere

Anlass (Stichworte):

Kinder-/Jugend-/Hausarzt: _____ **Tel:** _____

Wer ist bislang involviert/zuständig (zuständiger Mitarbeiter/-in): Niemand

Jugendamt: _____ **Tel:** _____

Beratungsstelle: _____ **Tel:** _____

Kripo: _____ **Tel:** _____

Sonst (Familienhilfe, Frühe Hilfen, o.ä.): _____

Tel: _____

2. Aktuelles Geschehen, geschildert von:

(möglichst genauen Wortlaut notieren und in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände notieren)

Dabei anwesend (Namen notieren) Kind Vater Mutter Andere

Angaben zum aktuellen Geschehen:

Dabei beachten:

1. Verletzungsumstände? Anwesende? Aufsicht? Beobachter?

2. Vorausgehendes Ereignis? Fütterfrust? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten

3. Reaktion der Eltern auf Verletzung? Reanimationsversuche? Prompter Arztbesuch?

Evtl. Skizze vom Geschehensort:

Schilderung vom Kind selbst:

(möglichst genauen Wortlaut notieren und in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände notieren)

Dabei anwesend (Namen notieren): nur Kind selbst Vater Mutter Arzt/Ärztin Pflege Andere

In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:

nein ja:

3. Orientierende Sozialanamnese (ausführliche Anamnese ggf. durch Sozialdienst/Psychologe)

Informationen zu den Eltern

Name Elternteil 1: _____ Geschlecht: m w d

Alter: _____ Tel.: _____ Sorgeberechtigt ja nein

Beruf: _____ aktuell berufstätig: ja nein

Name Elternteil 2: _____ Geschlecht: m w d

Alter: _____ Tel.: _____ Sorgeberechtigt ja nein

Beruf: _____ aktuell berufstätig: ja nein

Eltern leben zusammen? ja nein

Andere Partner im Haushalt des Kindes? ja nein

Namen: _____

Geschwister:

1. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

2. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

3. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

4. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

5. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

6. m/w/d ___J. _____ lebt im Haushalt des Kindes ja nein

Bekannte **familiäre Konflikte, Belastungssituationen:** ja nein

Besteht bereits ein Kontakt zum Jugendamt? ja nein

Jugendamt: _____

Sachbearbeiter/in: _____ Tel.: _____

Bestehende Hilfen: _____

4. Familienanamnese

Bekannte Erkrankungen:

Mutter/Elternteil 1: _____

Vater/Elternteil 2: _____

Sonstige Familie:

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?

Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/anderen weiblichen Verwandten?

Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten?

Bekannte Knochenerkrankungen oder –deformitäten?

Vermehrten Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit? .

Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

5. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen

Schwangerschaft/Geburt unauffällig auffällig

Neugeborenen-Stoffwechselscreening erfolgt: ja nein nicht ersichtlich-klären!

Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig

Gedeihen/Perzentilenverlauf: unauffällig auffällig:

Allergien/Nahrungsunverträglichkeiten: Nein Ja

Chronische Erkrankungen

Entwicklungsstörungen/Behinderungen/Regulationsstörungen/sozio-emotionale Auffälligkeiten

- Gedeihstörungen Erbrechen Harnwegsinfektionen
- Apnoen (ALTE) Krampfanfälle Verstopfung
- Verletzung der anogenitalen Region Vaginale Blutung
- Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen
- Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung
- Neigung ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?
- Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?
- Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen?
- Vitamin K-Gabe erfolgt?
- Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen
- Phytodermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak?
- Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau)?
- Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel?
- Medikamenteneinnahme:** Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulantien?

(Dauer-) **Medikamente**/Dosis:

Andere **Therapien** (KG, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung, Integrationsmaßnahmen, etc.)

Gelbes **Vorsorgeheft** liegt vor: unauffällig auffällig:

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: _____

Häufige Arztwechsel: ja nein Häufigkeit: _____-mal

Impfstatus liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

Geht in **Kindergarten**: _____ **Schule** _____ Klasse:

6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese

Allgemeine Anamnese

- Allgemeine anogenitale Infektionen
- Anogenitale Dermatitisiden
- Vaginaler Juckreiz
- Vaginaler Ausfluss (Farbe? Konsistenz? Menge? Geruch?)
- Vaginale Blutungen
- Pubertätszeichen, Wachstum
- Fremdkörper der Scheide oder des Anus
- Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
- Bauchschmerzen, schmerzhaftes Defäkationen
- Zurückliegende anogenitale Verletzungen

Notizen

Altersabhängige Zusätze

- Menarche: _____
- Menstruation: _____
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gyn. Untersuchungen
- Antikonzepktion? Methode?
- Sexuell übertragene Infektionen
- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

7. Verhaltensanamnese

Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:

- Albträume, Schlafstörungen häufig Kopfschmerzen häufig Bauchschmerzen
- Angst alleingelassen zu werden
- Angst vor bestimmten Personen: _____ /Männern
- Phobien, Regression und Depressionen
- Rückzugsverhalten, Geringes Selbstwertgefühl

- Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten
- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichtszu-/abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten Einkoten
- Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten, ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener ... anderer Kinder ... von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder „spielt“ Geschlechtsverkehr
- Suizidversuche Delinquentes Verhalten Drogenmissbrauch
- Weglaufen von zuhause Prostitution

Sonstiges: _____

Gerinnungsanamnese bei Kindern

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d <input type="checkbox"/> Station:	
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____	
Untersucher/in: _____	

<u>Eigenanamnese des Kindes</u>	ja	nein
Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten bei Ihrem Kind vermehrt „ blaue Flecken “ auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es während oder nach einer Operation zu einer längeren oder verstärkten Nachblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel, z. B. Aspirin, ASS, Ibuprofen oder andere Medikamente bekommen? Wenn ja, welche? _____ Wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Familienanamnese</u> (getrennt für Vater und Mutter kennzeichnen)	Mutter		Vater	
	Ja	nein	Ja	nein
Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

_____, _____
 Ort, Datum Stationsarzt/-ärztin Eltern(-teile)

Falls Gerinnungsanamnese positiv, folgende Diagnostik abnehmen: <input type="checkbox"/> Diagnostik erfolgt. Thrombozyten, Quick, PTT, Fibrinogen, von Willebrand Ag und CoFaktor, Faktor XIII, Blutungszeit in vitro (PFA 10)

Ganzkörperuntersuchung bei V.a. Vernachlässigung/Gewalt

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Station: <input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____	
Untersucher/in: _____	

1. **Allgemeinzustand:** gut eingeschränkt _____ **Glasgow Coma Scale:** _____

2. **Ernährungszustand:** gut dystroph adipös

KG: ___ kg (__. Perzentile = ___ SD)

KL: ___ cm (__. Perzentile = ___ SD)

KU: ___ cm (__. Perzentile = ___ SD)

BMI: ___ kg/m² (__. Perzentile = ___ SD)

3. **Pflegezustand:** gepflegt ungepflegt

4. **Allgemein-internistische Untersuchung:**

a) **Kardiopulmonal** unauffällig auffällig

b) **Abdomen** weich Resistenz Darmgeräusche:

keine Druckdolenz Druckdolenz im _____

c) **Kopf- und HNO-Bereich** unauffällig auffällig

Gaumen/Mundhöhle reizlos Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?)

Petechien/Verletzungen enoral/Gaumen/Ohren/Kopfhaut:

d) **Zahnstatus** (Karies, Mundpflege, Trauma) unauffällig auffällig

5. **Hämatome/Narben** (Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren/Hals/Oberschenkel/Arme/Gesäß/Rücken)

Nein

Ja: ⇒ Lokalisation/Art/Formung/Größe/Farbe/Cluster beschreiben!

⇒ Abdrücke/Muster (von Schuhen/Händen/Gegenständen, etc.)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Skizze in Körperschema (*immer!*)

Fotodokumentation erfolgt (Messhilfe/Winkellineal)

Einverständniserklärung Fotodokumentation eingeholt von: Kind/Jgl. Sorgeberechtigten

6. **Verbrennungen/Verbrühungen** (Prädilektionsstellen: Gesäß/Rücken/Akren)

Nein

Ja (Lokalisation/Muster/Art/Formung/Abdrücke), ggf. Angabe KOF in % und Grad der Verletzung

⇒ Akute/frische Verbrennung Narben

⇒ Abdrücke (von Zigaretten/Gegenständen) erkennbar:

Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

7. **Äußerliche Hinweise auf Frakturen** (Lokalisation/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz)

Nein

Ja:

8. Anogenitale Untersuchung:

Genitale weiblich unauffällig auffällig (siehe Kinder-Gyn-Bogen, bzw. unten)
 männlich Hoden deszendiert Hoden nicht deszendiert: _____

Pubertätsstadium (nach Tanner): **P**__ **B**__ **G**__

Äußerlich Auffälligkeiten/Verletzungshinweise

- Nein
 Ja (dann weiter unten)

Weitere Untersuchung

- Entfällt, da keinerlei Hinweise auf anogenitale Verletzung/Misshandlung/Missbrauch
 Auf später verschoben, da derzeit wegen eingeschränkter Kooperation nicht durchführbar
 Extra Kindergynäkologischer bzw. Forensik Bogen akuter sexueller Übergriff ausgefüllt
 Verhaltensbogen bei V.a. sexuellen Missbrauch ausgefüllt

Mädchen

Ausfluss nein ja: _____

Farbe/Geruch/Konsistenz

Hämatom der großen Schamlippen nein ja _____

Hämatom der kleinen Schamlippen nein ja _____

Hymen anulär semilunär fimbrienförmig/wulstig kragenförmig Nicht entfaltet

Glattrandiger Hymenalsaum verletzt: eingekerbt bei ____ Uhr in Rückenlage zu ____%

Lokalisation/Art der Verletzung

Vestibulum vaginae reizlos gerötet

Fossa navicularis unauffällig Verletzung: _____

Perineum unauffällig Verletzung/Narbe: _____

Akute Blutung/Verletzung nein ja:

Lokalisation/Stärke

Sonstiges/Besonderheiten

Jungen

Hämatom am Scrotum nein ja _____

Hämatom am Penis nein ja _____

Akute Verletzung/Ligatur/Narbe nein ja _____

Sonstiges/Besonderheiten:

Anus (Mädchen und Jungen)

Hämatom nein ja _____

Narbe nein ja _____

Fältelung: unauffällig vermindert _____

Akute Blutung nein ja _____

Akute Verletzung nein ja _____

Sonstiges/Besonderheiten _____

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d <input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname <input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____
Untersucher/in: _____

In der Regel bei Kindern immer < 24 Stunden, bei Jugendlichen <48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen

Anamnese gesondert aufführen!

Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation!

Befunde im Kinder-Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren!

Extragenitaler Untersuchungsbefund:

Verletzungen Ja Nein

Verletzungen auf Doku-bogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind:

Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form, ggf. Gruppierung beschreiben; Foto mit Zentimetermaß + Skizze

Hämatome Bissmarken an „erogenen Zonen“ (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß)

Hämatome Ligaturen Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion

Petechien: Skleren, weicher Gaumen Einrisse labiales Frenulum

Forensische Abstriche

Je nach Befund und Vorgeschichte, im Zweifel immer am und um den äußeren Anogenitalbereich, perioral, sowie im Woodlicht floureszierende Bereiche (nicht sehr zuverlässig zur Spermienidentifizierung). Sterile Watte-Tupfer mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten, danach aber vollständig trocknen! Erst verpacken, wenn vollständig trocken, immer in Papierumschläge, **niemals Plastik!!** Jeden Abstrich mit Patientenaufkleber, Abstrichort, eindeutig zuordenbar machen, Umschläge ebenso + Unterschrift des Entnehmenden. Auch Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich Objektträgerausstriche anfertigen: ausrollen, nicht abstreichen!

Abstriche

Vulva Oberschenkel Unterbauch Perianal perioral Sonstige

intravaginal: Fossa navicularis retrohymenal Mundhöhle

Vaginalsekret mit NaCl auf Objektträgern für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien

Positiv Negativ mikroskopiert durch: _____

Fremde (Scham-)Haare gesichert

Pubes ausgekämmt (Umschlag)

von: _____ (Körperstelle/n)

Fingernagelränder abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)

Bekleidung gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!).

Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik – Ausgangsstatus entnommen

Prophylaxen für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt Nicht indiziert

HIV PEP angesprochen (für beides siehe „Prophylaxen“)

Notfallkontrazeption angesprochen, indiziert/durchgeführt Nicht indiziert β -HCG im Urin

Ort, Datum

untersuchender Arzt/Ärztin

Zeuge/-in der Untersuchung

Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

Forensisches Material: Entgegennahme-Bestätigung und Transportkette

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant

(Zur Aufrechterhaltung einer Beweiskette im Falle positiver Befunde)

Folgendes Material des/der Patienten/in

Station ____ /Ambulanz _____,

_____ vaginale Bakteriologie auf GO, Bakterien und Gardnerella

_____ anale Bakteriologie auf GO

_____ anale Bakteriologie auf Chlamydien

_____ vaginaler Chlamydien Abstrich

_____ vaginales Spülaspirat auf Chlamydien PCR

_____ vaginaler + analer Nativabstrich; Färbung auf Spermien/grampos. Diplokokken

_____ pharyngeale Bakteriologie auf GO

_____ pharyngeale Bakteriologie auf Chlamydien

_____ Spontanurin zum Chlamydiennachweis per PCR

Transportkette:

O.g. Untersuchungsmaterial wurde

vom Patienten entnommen von _____ am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Übergeben zum Transport/Laborgang an _____

am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Übergeben Labor Kripo an _____

am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Vielen Dank!

Körper-Schema bei V.a. Vernachlässigung/Gewalt

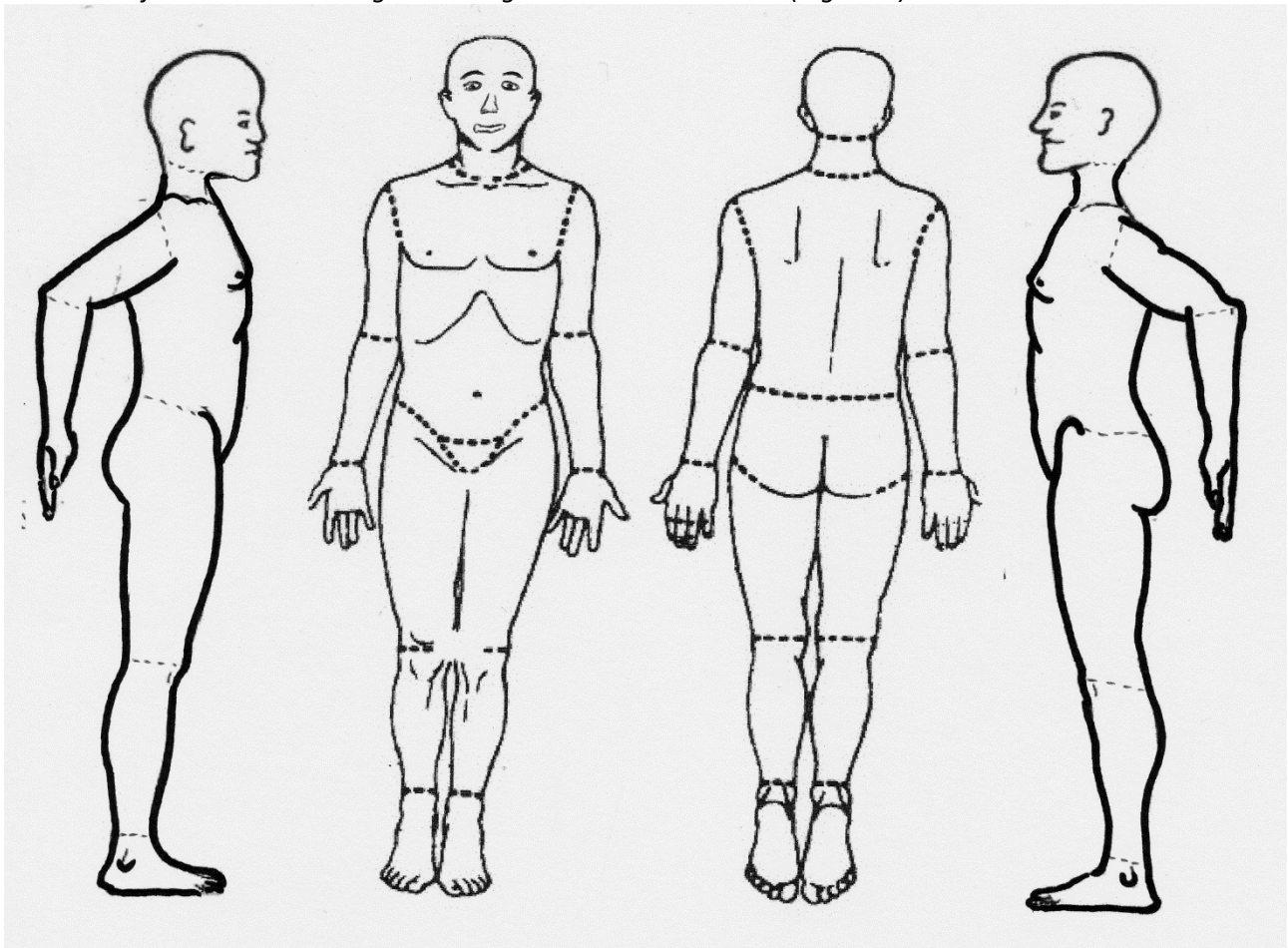
_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d Station:

Name, Vorname _____ ambulant

Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____

Untersucher/in: _____

⇒ Größe – Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!



Basisdokumentation für Pflegekräfte

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant
Untersuchung am: _____ um _____ Uhr anwesend: _____	
Untersucher/in: _____	

Wichtig

- Trägt das Kind noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?
 - Ja Nein
- Wenn ja, diese in separatem Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel –zerstört DNA!)
 - erfolgt nicht erfolgt
- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt/Ärztin waschen (Alle Spuren gesichert?)

Genauere Dokumentation in separatem Ordner:

(Bitte ankreuzen, darüber hinaus sind die Bögen „Besucherverzeichnis“ oder „Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen“ zu benutzen)

- **Pflegezustand** guter Pflegezustand mäßiger Pflegezustand
 - schmutzige Kleidung dreckige Fingernägel ungepflegter Windelbereich
 - Sonstiges _____
- **Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome?** (Lokalisation, Größe, Lokalisation, Formung)
 - Wenn ja, auf Extrablatt beschreiben/zeichnen Nein
- Abklären, wer Kind besuchen darf und ob und mit wem Kind die Station verlassen darf
 - Besuchererlaubnis:** _____
 - „Ausgangserlaubnis“:** _____
- **Wer kam wann, für wie lange zu Besuch?**
 - auf Besucherverzeichnis dokumentiert
- **Wie war der Umgang zwischen Besucher und Kind?**
 - ggf. separater Bogen

- Freut sich das Kind auf **angekündigten Besuch**, oder wirkt es eher verschreckt?
 ggf. auf separatem Bogen

- **Verhalten des Kindes** gegenüber Pflegepersonal (ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)?
 ggf. auf separatem Bogen

- Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten?
 ggf. auf separatem Bogen

- Wie formuliert das Kind diverse **Tätigkeiten und Begriffe** (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien)?
 ggf. auf separatem Bogen

Jeweils auf Extrabogen dokumentieren:

- Wie beschreibt Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?
- Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig)
- Geniert sich das Kind? (Altersentsprechend?)
- Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten? (Aufreizend? Kokett?)
- Sind alle erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?

Absprachen mit der Kinderschutzgruppe und dem Jugendamt beachten!

Besucherprotokoll für den stationären Aufenthalt

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d		<input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> ambulant

Datum/ Uhrzeit	von bis	Besucher	Aufenthaltsort (Station, Gelände) Besondere Vorkommnisse

14.4 Protokolle und Berichte

Protokoll Fallbesprechung

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Station: <input type="checkbox"/> ambulant
--	--

Fallbesprechung Nr. _____ **am** _____

Teilnehmende:

- Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager“):
- Pflege:
 Stationsarzt/ärztin:
 Stations-Oberarzt/ärztin:
- Sozialdienst
 Psychologe/in:
 Sonstige:
- Sonstige Kinderschutzgruppe:

Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

- Röntgen-Skelettscreening
 MRT
 CT
 Augenhintergrund
- Labor
- Sonstige

Kinder-/Jugend-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):

Psychologische Einschätzung:

Jugendamt:

Zuständige/r Sachbearbeiter/in: _____

Tel.: _____

Einschätzung/Procedere:

Gesamteinschätzung:

Procedere:

Offene Aufgaben (Wer macht was?)

Ort, Datum, verantwortliche Person Name auch in Druckschrift, Tel.

Protokoll Fallkonferenz

_____ , geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station:
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant

Fallkonferenz am _____

mit Vertretung des Jugendamtes

ohne Vertretung des Jugendamtes

Teilnehmende:

Aus dem Krankenhaus

Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager“):

Pflege:

Ärztin/innen:

Sozialdienst

Psychologe/in:

Sonstige:

Aus dem Jugendamt

Vertretung des Jugendamtes mit Tel.:

Sonstige externe Vertretungen

Eltern /Sorgeberechtigte

Namen: _____

Vorstellung des Falles

Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente, Befunde, Diagnostik und Hinweise aus der früheren Anamnese:

Informationen von Pflege, Sozialdienst und Psychologie:

Informationen des Jugendamtes

Weitere Informationen:

Gesamteinschätzung

Notizen zum Elterngespräch

Vereinbarungen (Entlassung, Wiedervorstellung in der Klinik, Einwilligungen, Berichte, ...)

Fallverantwortung

Aufgaben (Einwilligungen, Berichte, ...)

Ort, Datum, verantwortliche Person Name auch in Druckschrift, Tel.

Dokumentation separater Gesprächsnotizen für den internen Gebrauch

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Station: <input type="checkbox"/> ambulant
--	--

Datum/ Uhrzeit	Name/ Handzeichen	Gesprächsnotiz/Beobachtung/Vorfall etc. bei externen Kontakten, Anrufern immer Name und Telefonnummer notieren

Arztbrief bei V.a. Vernachlässigung/Gewalt – Empfehlungen

Ausgangslage

- Generell ist das Wort Kindeswohlgefährdung, der ein unbestimmter Rechtsbegriff ist und nicht als Diagnose verwendet werden sollte. Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder sexueller Missbrauch/Gewalt sind gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung.
- Entscheidend ist das Problembewusstsein, dass der Brief Bestandteil einer Straftate oder eines Familiengerichtsverfahrens werden könnte und entsprechend noch sorgfältiger als sonst abgefasst werden muss.
- Wichtig bei der Schilderung des Sachverhaltes sind Konjunktiv („Das Kind sei aus dem Bett gefallen, es habe sofort geschrien...“ etc). oder wörtliche Rede.
- Für Juristen ist hilfreich zu wissen, wer das Kind aufgenommen hat und wer es auf der Station betreut hat, bzw. die Fallverantwortung hatte (jeweils Name!).
- Vorläufige Stellungnahmen und der endgültige Arztbrief sollen vor Weitergabe an Ämter durch [Leiter Kinderschutzgruppe] geprüft und freigegeben werden.
- Immer ein Durchschlag an Kinderschutzgruppe/[Leiter Kinderschutzgruppe].

Anamnese

Datum/Uhrzeit der Anamnese, **wer führt sie durch**, weitere Anwesende?

Die Anamnese soll den präzisen Ablauf des angegebenen Geschehens wiedergeben:

- **Durch wen** erfolgen die primären Angaben?
- Gibt es etwaige **Zeugen**, beim Geschehen anwesende Personen?
- Im Verlauf wechselnde Angaben im Verlauf oder zwischen verschiedenen Personen?
- **Zeitpunkt** des angegebenen Geschehens (Tag? Uhrzeit?). Wann und von wem zuerst bemerkt?
- **Was** ist passiert? Erstmals, bereits mehrfach? (*Konjunktiv oder ggf. wörtliche Rede, s.o.*)
- **Wo** ist es passiert (ggf. Skizze)?
- Nachfolgender **zeitlicher Ablauf** der Symptome und was wurde getan, Reaktion auf Verletzung, wann Arztbesuch/Notruf?
- **Was ging** dem Geschehen **unmittelbar voraus** (Stress, Fütterfrust etc.)?
- Gab es **zuvor anhaltende Schwierigkeiten** (Erkrankungen, Schreikind, Partnerkonflikte, psychische Erkrankung, Suchtproblematik, etc.)?
- **Eigen-/Sozialanamnese**; gab es vorherige **Jugendamtkontakte**?
- **Vorsorgeuntersuchungen** wahrgenommen?

Untersuchung

Datum/Uhrzeit der Untersuchung, **wer führt sie durch**, weitere Anwesende?

Neben dem üblichen pädiatrisch-internistisch-neurologischem Befund Augenmerk auf:

- **Pflegezustand**, ggf. Zustand der Kleidung.
- Angaben zur **Zahl, Art und Lokalisation** der Verletzungen.

- **Verletzungen immer präzise und einzeln beschreiben, also nicht: „Multiple Hämatome am Rücken“** sondern z.B. „...ein 3 x 4 cm messendes, ovalär geformtes und unregelmäßig begrenztes Hämatom von bläulicher Farbe mit gelblichen Anteilen Oberseite des linken Unterarmes; 2 rundliche, rötlich-blaue, 1 cm durchmessende Hämatome Innenseite des rechten Oberarmes..“, etc.
- **Gewicht/Länge mit Perzentilen!**
- Ggf. grobe Einschätzung des Entwicklungsstandes.
- Ort und Zeitpunkt (Tag, Uhrzeit) einer angefertigten **Fotodokumentation**, Zahl der angefertigten Abbildungen

Diagnostik

- Zeitpunkt der Untersuchungen (Blutentnahme, Urinprobe, Abstriche, etc.)
- Bei forensischer Spurensicherung Aufbewahrungsort (z.B. „...nach forensischer Spurensicherung wurden diese unter Einhaltung der Beweiskette verschlossen aufbewahrt...“)
- Ergebnisse eventuell veranlasster externer Untersuchungen

Therapie & Verlauf

Formulierungsbeispiele (s. auch unten rechtsmedizinische Vorlage):

Bei xy fanden sich folgende Verletzungen: ... Da diese mit der angegebenen Anamnese nicht plausibel vereinbar waren, erfolgten die Einbeziehung der Kinderschutzgruppe und eine weiterführende Diagnostik. Hierbei ergaben sich... Daraus folgerten wir eine mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende Kindeswohlgefährdung. Die Verletzungen sind mit (sehr) hoher /an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt, sondern von außen gewaltsam zugefügt.

Den Eltern wurden die Befunde und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen insbesondere die Einbeziehung des Jugendamtes erläutert. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Jugendamt wurden die folgenden Festlegungen getroffen...

Zusammenfassende Bewertung

Zurückhaltung ist bzgl. der weiteren Maßnahmen angezeigt, da wir nicht über den Verbleib des Kindes entscheiden. Eine offene Formulierung: „*das weitere Vorgehen wurde mit dem Jugendamt besprochen*“ (oder so ähnlich) ist vorzuziehen. Die Sorge oder Gewissheit einer negativen Auswirkung der Kindeswohlgefährdung auf die physische und seelische Gesundheit des Kindes und seine weitere Entwicklung darf und soll dagegen sehr wohl formuliert werden.

„Die von den Eltern angegebene Erklärung für die vorgefundenen (schwerwiegenden) Verletzungen ist aus medizinischer Sicht nicht plausibel. Aus den o.g. und erläuterten Gründen sehen wir eine (ggf. schwerwiegende) Kindeswohlgefährdung gegeben.“

„In Absprache mit dem Jugendamt unterstützen wir den Verbleib des Kindes in der Familie unter der Voraussetzung engmaschiger Auflagen und Kontrollen des vom Jugendamt etablierten Hilfskonzeptes durch niedergelassenen Kinderarzt/ärztin.“

oder

„Aufgrund nicht klärbarer Entstehung der beschriebenen Verletzungen unter der Verantwortung und Aufsicht der Eltern sehen wir bei Verbleib des Kindes in der elterlichen Obhut eine fortbestehende erhebliche

Kindeswohlgefährdung und Gefahr für die künftige physische und seelische Gesundheit und Entwicklung des Kindes gegeben.“

Alternative, beispielhafte Vorlage von der Rechtsmedizin

(Nach Prof. R. Dettmeyer, Direktor Rechtsmedizin Gießen)

Anlässlich der Vorstellung in unserer Ambulanz am 01.04.2014 um 15:00 Uhr wurde von der Großmutter des 11-jährigen Mädchens xy, geb. am , mitgeteilt, das Kind sei am 27.03.2014 gegen 19:00 Uhr von seinem Vater/Onkel/Mutter/Nachbarn etc. vermutlich mit einem Stock geschlagen worden. Dies sei in der Vergangenheit bereits ... mal/mehrfach vorgekommen. Die Patientin selbst bestätigt diese Angaben/macht dazu keine konkrete Aussage. Wörtlich sagt die Patientin:

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich in der Haut des Rückens und der linken Gesäßhälfte jeweils zwei feinstreifige, parallel dicht nebeneinander verlaufende Hautrötungen in Körperquerrichtung (von links oben nach rechts unten usw.) mit einer Länge bis zu ... cm und in einem Abstand von cm zueinander gelegen. Von den Verletzungen wurden vom Unterzeichner jeweils 2, insgesamt 4, Aufnahmen mit/ohne Maßstab gefertigt (um 15:30 Uhr) und digital gespeichert (s. Ausdruck, beigefügte CD). Nach Mitteilung der Großmutter des Mädchens seien dessen Eltern derzeit urlaubsbedingt nicht erreichbar, sie habe die Betreuung übernommen und erhebe keine Einwände gegen die Weitergabe der ärztlichen Erkenntnisse an (das Jugendamt, das Institut für Rechtsmedizin zum Zwecke einer konsiliarischen Mitbeurteilung, das Familiengericht usw.). Bei der Untersuchung der Patientin war deren Großmutter als Vertrauensperson anwesend sowie Frau , examinierte Krankenpflegerin.

Es erfolgte der Hinweis, dass eine Strafanzeige bei der Polizei wegen des Verdachts auf ein Körperverletzungsdelikt/eine Sexualstraftat durch die Patientin selbst oder durch die Sorgeberechtigten möglich ist. Ferner wurde mitgeteilt, dass die Ergebnisse der Untersuchungen einer Blut-/Urin-/Haarprobe in ca. 3 Tagen/4 Wochen vorliegen würden und dass die Proben, soweit nicht verbraucht, noch 12 Monate/2 Jahre aufbewahrt werden, falls weitere Untersuchungen erforderlich sein sollten.

Bei komplexeren Tatgeschehen und insbesondere beim sexuellen Missbrauch ist allerdings ein ausführlicherer Arztbrief erforderlich mit genauerer Dokumentation (sowohl Befundbeschreibung als auch Fotodokumentation) und Angaben zu den Ergebnissen weiterer Untersuchungen (Blut, Urin, Haare, Abstriche). Aber mit diesen Angaben sollten Juristen dann später arbeiten können, insbesondere gibt es dann einen klaren Zeitrahmen (Ereigniszeitpunkt, Zeitpunkt von Angaben zur Anamnese, Zeitpunkt der Untersuchung) und dokumentierte Verletzungen sowie Ergebnisse von Folgeuntersuchungen. Gerade bei den so dokumentierten Verletzungen würden Juristen im Umkehrschluss dann davon ausgehen, dass andere als die beschriebenen Verletzungen zum Untersuchungszeitpunkt definitiv nicht vorgelegen haben, was auch einmal von Bedeutung sein kann.

14.5 Checklisten

Checkliste somatische Diagnostik

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station: _____
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant

Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening laut AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie
- Thorax schräg bds.
- Becken und WS
- Wiederholung Thorax
- Sonstige:

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler
- Weiteres

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- γ -GT, GOT, GPT, AP, Lipase, Amylase
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, (BG)
- Urinstatus
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)
 - Urin
 - Blut
 - Mekonium

Augenhintergrund

- Obligat unter 2-3 Jahren (möglichst durch Augenarzt/ärztin)
Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis wenn Patient stabil

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT

Nur gezielt:

- Kupfer/Coeruloplasmin
- HSV Mykoplasmen TPHA
- Organische Säuren im Urin

Anogenitaler Status

- ⇒ Extra-Schema anogenitale Untersuchung verwenden
- ⇒ später vorgesehen erfolgt, Wertung: _____
- ⇒ nicht indiziert

Weiteres Procedere

Stationäre Aufnahme, Station:

Info diensthabende/r Oberarzt/ärztin (immer!) erfolgt: _____

Anogenitaler Status

Fotodokumentation (+Skizze!)

Ambulant möglich (*Ausnahme!*), weil:

Info Kinderschutzgruppe/Sozialdienst im Hause

Info Jugendamt/Ansprechpartner/in

Info/Nachfrage Kinder-/Jugend-/Hausarzt/ärztin, andere Kliniken

Ort, Datum, verantwortliche/r Arzt/Ärztin, Name auch in Druckschrift, Tel.

Checkliste bei V.a. Vernachlässigung

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d	<input type="checkbox"/> Station: _____
Name, Vorname	<input type="checkbox"/> ambulant

OBJEKTIVBEFUNDERHEBUNG, DIAGNOSTIK & ERSTE EINSCHÄTZUNG DER LEBENSITUATION DES KINDES

Habe ich/Haben wir

- mit dem Kind oder den Jugendlichen gesprochen?**
(Eigene Einschätzung zu ihrem Umfeld und ihrem Befinden)
- eine medizinische Anamnese erhoben?**
(Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte; Vorsorgen und Impfungen; chronische Erkrankung, Behinderung, Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten des Kindes; Umsetzung bereits erfolgter (ärztlicher) Empfehlungen oder Förderempfehlungen)
- eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt?**
(Gewicht/Perzentilen; Pflegezustand; Vitalparameter; Mitbeurteilung des Zahnstatus)
- an Differentialdiagnosen in Bezug auf Entwicklungsauffälligkeiten gedacht?**
(weitere Diagnostik notwendig, z.B. Anbindung an SPZ?)
- eine Sozialanamnese erhoben?**
(Unterkunft/Häusliches Umfeld; Versorgung; Tagesbetreuung; Finanzielle Situation; Gesundheit und Wohlbefinden der Eltern, ...)
- den Entwicklungsstatus des Kindes eingeschätzt?**
(Motorik; Sprache; Kognition; Soziale Entwicklung; Emotionale Entwicklung)
- Kompetenz, Willen und Bewußtsein der Eltern in Bezug auf die Bedürfnisse und die Versorgung ihrer Kinder erfragt und eingeschätzt?**
(auch Akzeptanz, Verständnis und Kenntnisse der medizinischen Versorgung bei Kindern mit chronischer Erkrankung/Behinderung)
- eine Vermutung in Bezug auf körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch?**
(Diagnostik & Vorgehen nach S3+ Kinderschutzleitlinie, Frühere Hinweiszeichen oder Geschwisterkinder?)
- ein Erörterungsgespräch laut § 4 KKG geführt?**
(mit Kind und Eltern)
- eine Fallbesprechung im Team durchgeführt/geplant?**
(Entwicklungsprognose, weiteres Vorgehen, Fallverantwortung besprechen)
- alles dokumentiert und sicher gespeichert?**

Mit wem wurde gesprochen?

- Kind/Jugendliche
- Eltern/Bezugsperson
- Kinder- und Jugendarzt*ärztin
- Andere Therapeut*innen
- Jugendamt
- Schule/Kindergarten
- Andere

Besonderheiten

- Behinderung?
- Chronische Erkrankung?

Bitte beachten die Notwendigkeit für bildgebende Diagnostik bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr.

Checkliste akuter sexueller Übergriff

Grundlegend gilt: Untersuchungen sind nur mit dem Einverständnis von Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Untersuchungen unter Zwang sind kontraindiziert.

Obligate Informationsweitergabe an

- Diensthabender OA/OÄ _____ am: _____ um: _____
- Kinderschutzgruppe (KSG), spätestens am nächsten Werktag und bei stationärer Aufnahme

Indikation zur forensischen Spurensicherung

- Entscheidendes Kriterium für die Klärung der forensischen Spurensicherung, ist der zeitliche Abstand zum letzten invasiven Übergriff – d.h. Angabe einer Penetration, anogenitaler oder-oraler-Kontakt mit Sekreten des/r Täters/in. Als Orientierung gelten folgenden Zeiträume:
 - Adoleszente < 72 Stunden
 - Präpubertäre Kinder < 24 Stunden
- Patient/innen, bei denen der letzte invasive Übergriff > 72 Stunden zurückliegt, werden zeitnah in die Kinderschutz-/Kindergynäkologische Ambulanz einbestellt. Termin vereinbaren oder Kontakt mitgeben.

Hinweise zur forensischen Spurensicherung (Anogenitale Untersuchung, Labordiagnostik, weitere Spurensicherung)

- Keine Untersuchung unter Zwang und Untersuchung durch erfahrenen Arzt/Ärztin mit Assistenz (z.B. Kindergynäkologie)
- Narkose nur mit medizinischer Indikation (z.B. blutende Verletzung)
- Alters- und entwicklungsgerechte Begleitung und Durchführung der Untersuchung: Schonende Durchführung, Einmalkittel anziehen lassen, alle Schritte vorher genau erklären, Ängste berücksichtigen; Keine routinemäßige Spekulumuntersuchung erforderlich.
- Als Minimum schriftlicher Kurzbefund und möglichst fotografische Dokumentation von auffälligen Befunden (Einverständnis Sorgeberechtigte/Jugendliche)
- Forensisches Spurensicherungsset mit Dokumentationsbogen verwenden (z.B. „forensix“, Fa-Prionics“). Beides darf der Kripo nur bei Untersuchungen in dessen Auftrag mitgegeben werden (Patienten/Eltern darauf hinweisen), ansonsten verschlossene Aufbewahrung bis zur Abholung. Unbedingt vorher Kopie des Forensibogens und Übergabeprotokoll für die eigene Akte anfertigen.
 - Abstrichentnahme nur mit selbsttrocknenden sterilen Tupfern aus forensischem Set
 - Getragene Kleidung sichern, trocken in Papiertüten lagern und beschriften. Ggf. von zuhause mitbringen lassen (z.B. Bettwäsche) oder Kripo informieren

- Infektionsdiagnostik
 - Hep B-Impfstatus überprüfen (obligat Impfausweis oder Serologie < 12 Stunden)
 - Chlamydien (CT), Gonokokken (GO), Trichomonaden (TV): jeweils PCR im Urin, bei vaginalem Fluor zusätzlich aus Vaginalsekret
 - CT/GO-PCR anal, ggf. auch pharyngeal, wenn anamnestisch oro-genitaler Kontakt
 - Labor: HIV-AK, Anti HCV-AK, Hep B (HbsAg, Anti Hbs, Anti HBc), TPHA-AK
 - Beta-HCG im Urin (Mädchen)
- Toxikologie: Alkohol im Serum, Standard-Drogenscreening. Bei Bewusstseinsstörung forensisches polytoxikologisches Drogenscreening und im Urin/Serum für Gammahydroxybuttersäure („K.O.-Tropfen“) sofort tiefrieren, da Nachweis im Urin: max. 12 Std. und im Serum: max. 2-6 Std.

Akute medizinische Versorgung

- Stationäre Aufnahme nur aus medizinischen Gründen oder bedarfsweise bei nicht gesichertem Schutz bzw. Selbstgefährdung indiziert
- Postexpositionsprophylaxen (PEP)
 - Hep. B <12 Stunden Impfstatus/Serologie klären oder Prophylaxe
 - Keine Routine PEP sexuell übertragener Infektionen, nur bei individuell hohem Risiko
 - HIV PEP nur bei hohem Risiko
 - Ungeimpften HPV Impfung empfehlen
- Ggf. Notfallkontrazeption: 30 mg Ulipristalacetat (ella-One®) p.o. bis max. 120 Std.

Nachsorge-Protokoll

- Dokumentation/endgültiger Brief erst mit vollständigen Befunden und nach Rücksprache mit KSG nach extern versenden (Einverständniserklärung Sorgeberechtigten/Jugendlichen beachten)
- Psychosoziale Nachbetreuung
 - (Klinikinterne) Krisenintervention
 - Beratungsstellen (Lokale Kontakte mitgeben)
 - Beratung für Opfer einer Straftat (Lokale Kontakte mitgeben, Informationen in verschiedenen Sprachen unter [MedizinerInnen: Soforthilfe nach Vergewaltigung \(soforthilfe-nach-vergewaltigung.de\)](https://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de))
- Wiedervorstellung in der Kinderschutzambulanz (nach 2 Wochen, 3 + 12 Monaten)
 - Wiedervorstellung zur Vorlage z.B. Impfpass am Folgetag falls Angaben unzureichend
 - Kontrolle auf STI nach 2 Wochen (STI und SS-Test) und 3 +12 Monaten (HIV-Serologie)

[Siehe auch Empfehlungen der DGGG zu akuter Vergewaltigung von Minderjährigen](#) (Balint et al., 2022)

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

Ziel: Planung und Dokumentation der Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

Patientenetikett

Strukturmerkmale:

1. **Multiprofessionelles Team** bestehend aus:

- Arzt/Ärztin
- Sozialarbeiter/in
- Psychologe/in
- Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- unter der Leitung eines Facharztes/ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mindestmerkmale:

Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden.

Die Dokumentation der Diagnostik erfolgt separat im digitalen Patientendokumentationssystem

1. **Mehrdimensionale Diagnostik** von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens drei der folgenden Disziplinen bzw. solchen mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kinder- und Jugendalters:

Disziplinen / (Name, Datum):	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin (KJM)/	<input type="checkbox"/> Neuroradiologie /
<input type="checkbox"/> Psychologie/Psychologischer Dienst/Psychiater/Psychotherapeut/	<input type="checkbox"/> Kinderchirurgie (KCH)/
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/Sozialdienst/	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)/
<input type="checkbox"/> Kinderradiologie /	<input type="checkbox"/> Neuro-/Chirurgie /
<input type="checkbox"/> Gynäkologie /	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rechtsmedizin /	<input type="checkbox"/>

Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die o.g. Berufsgruppen die folgenden Leistungen **in Summe** erbracht:

Leistungen:	Durchgeführt an folgenden Tagen: (Datum, Namenskürzel)
<input type="checkbox"/> Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biografische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)	
<input type="checkbox"/> Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen	
<input type="checkbox"/> Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen.	

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

Datum/ Dauer:	Teilnehmer:	Name/Kürzel:	Behandlungsergebnisse:	Behandlungsziele:	Procedere:
	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin (KJM od. KCH od. KJP)				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> Fachkraft Kinderkrankenpflege				
	<input type="checkbox"/>				

3. **Fallkonferenz:** Die Fallkonferenz muss protokolliert werden und findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einer Vertretung des Jugendamtes und zumeist der Eltern/ Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten und mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes statt.

Datum/ Dauer:	Teilnehmer:	Name/Kürzel:	Behandlungsergebnisse:	Behandlungsziele:	Procedere:
	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin (KJM od. KCH od. KJP)				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> Jugendhilfe				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte	Ja / Nein			

Checkliste für die Entlassung

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w/d Name, Vorname	<input type="checkbox"/> Station: _____ <input type="checkbox"/> ambulant
--	--

Kontakt zum Jugendamt Keine offenen Fragen

Nein Ja Sachbearbeiter/Tel.: _____
 Nächster Termin am: _____

Inobhutnahme erfolgt nicht erfolgt beendet am _____

Entlassung des Kindes möglich Keine offenen Fragen

- nach Hause
 - ohne Hilfen
 - mit folgenden Hilfen:
- nicht nach Hause
 - Die Unterbringung lautet:

Entlassungsgespräch

- mit Eltern
- mit Kind/Jugendlichen

Anbindung Gesundheitssystem

- Wiedervorstellung in der Arztpraxis _____ am: _____ um: _____
- Wiedervorstellung in der Klinik/Ambulanz _____ am: _____ um: _____
- Wiedervorstellung in anderer Institution _____ am: _____ um: _____

Schweigepflichtentbindung Keine offenen Fragen

- Jugendamt
- weiterbehandelnde Arztpraxis
- Andere

Entlassungsbrief/Bericht bestenfalls mit Telefonkontakt versendet an

- Jugendamt
- weiterbehandelnde Arztpraxis
- Andere: _____

Notizen/Fragen/Aufgaben

14.6 Einwilligungserklärungen

Schweigepflichtentbindung

Angaben zur Klinik

Ich/Wir versichere(n) hiermit, dass ich/wir derzeit für das Kind/den/die Jugendliche(n)

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

uneingeschränkt **sorgeberechtigt** bin/sind.

Ich/Wir ermächtige(n) folgende Mitarbeitende der o.g. Institution:

Namen/Vornamen:

persönliche Daten und Auskünfte über die oben genannte Person bei folgenden Institutionen und Personen einzuholen:

- Kindergarten: _____
- Schule: _____
- Arztpraxis: _____
- Jugendamt: _____
- Polizei: _____
- Sonstiges: _____

.....
Ort und Datum	Name Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r

.....
Ort und Datum	Name Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Einwilligung zu Untersuchungen und Fotodokumentation

Angaben zur Klinik

Hiermit stimme ich/ stimmen wir

- der körperlichen Untersuchung meines Kindes zu.
- der anogenitalen Untersuchung meines Kindes zu.

Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken Fotos aufgenommen werden.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geboren am: _____

Wohnhaft: _____

Name des Jugendamtes: _____

Name des/der Sorgeberechtigten: _____

Ich wurde über den Umfang der körperlichen Untersuchung und der fotografischen Dokumentation aufgeklärt und bin einverstanden.

.....
Ort und Datum	Name Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r

.....
Ort und Datum	Name Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r

14.7 Kooperation mit dem Jugendamt

Mitteilung bei V.a. Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt mit Bitte um Rückmeldung

Name Jugendamt:	Fax-Nr.:
<i>Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!</i>	

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Ist bereits eine telefonische Mitteilung zum u.g. Kind beim Jugendamt erfolgt?

Ja, am: _____ um: _____ durch: _____

Name Jugendamt: _____

Kontaktperson beim Jugendamt: _____ Tel.: _____

Klinik/Praxis/Name des Melders:

Abteilung/Station/Adresse: _____

Ansprechperson: _____

Tel.: _____ Fax.: _____ Mail: _____

Hinweise zur Erreichbarkeit der Ansprechperson: _____

Name des Kindes: _____ Geschlecht: m w d

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Gegenwärtiger Aufenthalt: Adresse Melder Wohnort Sonstiges: _____

Sorgeberechtigte

ein Elternteil alleine beide Elternteile Amtsvormund

unbekannt Sonstige: _____

Nähere Angaben zu den Sorgeberechtigten

Name: _____ Name: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

Tel.: _____ Tel.: _____

Sind die Sorgeberechtigten über die Meldung informiert? ja nein

Sind die Sorgeberechtigten mit der Meldung einverstanden? ja nein

Familiensituation

Anzahl der Geschwister:

Kind lebt bei: den Eltern Mutter/ Vater/
 Sonstige

Inhalt der Meldung und Angaben zum Kind

Ambulante Vorstellung am: Stationäre Aufnahme am:

Hinweis auf:

Misshandlung Vernachlässigung sexueller Missbrauch Sonstiges (s.u.)

Verletzungen des Kindes:

nicht oder leicht verletzt schwerwiegend verletzt vital bedroht

Voraussichtliche Dauer der stationären Versorgung: ca. Tage derzeit nicht absehbar

Einschätzung zum **Entwicklungsstand** des Kindes:

unauffällig auffällig, weil:

Einschätzung zum **Pflegezustand** des Kindes:

unauffällig auffällig, weil:

Begründung der Verdachtsdiagnose:

Sonstige Hinweise (z.B. Häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen, Suchtproblematik)

Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden an den Kontakt des Melders (s. Seite 1) mit dem anhängenden Faxvordruck (mit Namen des zuständigen Sachbearbeiters, telefonische Erreichbarkeit, Mail/Fax und den von Ihnen ersten vorgesehenen Maßnahmen) dringend erbeten.

Mit freundlichen Grüßen!

Datum, Uhrzeit

Unterschrift/Stempel

Meldebestätigung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdung des Jugendamtes an die Klinik

Per Fax oder E-Mail

Vertraulich!

Mit Bitte an sofortige Weiterleitung an Zuständigen der Kinderschutzgruppe bzw. Dienstarzt

An

Kinderschutzgruppe, Klinik

z.Hd.:

Tel.: _____

Mitteilung über den Erhalt der Mitteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Name: _____

Geboren: _____

Wohnhaft: _____

Ihre Meldung vom _____ habe ich heute/am _____ erhalten und bestätige dieses durch nachstehende eigenhändige Unterschrift.

Name/Abteilung der zuständigen Fachkraft des Jugendamtes:

Telefon: _____ ggf. Mobil: _____

Ggf. E-Mail: _____

Nächste vorgesehene Maßnahme:

Ort, Datum

Unterschrift/Name/Stempel

Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs-/Unterstützungsbedarf

Jugendamt der Stadt/Landkreis: _____

Anfrage durch (Klinik) _____
Name: _____ Funktion: _____ Abteilung: _____
<input type="checkbox"/> Vertretung der interdisziplinären Kinderschutzgruppe
Adresse: - _____, Telefon: - _____
Durchwahl: - _____ - _____ Mail: _____

Angabe zu den Eltern/der Familie:
Name der Eltern: _____
Name des Kindes: _____ geb.am: _____ Alter: _____
Wohnhaft in: PLZ/Ort _____ Straße/Nr. _____ Tel: _____

Der Beratungs-/Unterstützungsbedarf bezieht sich auf:
<input type="checkbox"/> allgemeine Beratung
<input type="checkbox"/> Erziehungsprobleme
<input type="checkbox"/> Umgang mit dem Kind
<input type="checkbox"/> Partnerschaftsprobleme
<input type="checkbox"/> Betreuung des Kindes
<input type="checkbox"/> Entlastung im Alltag
<input type="checkbox"/> Probleme in KiTa, Schule
<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> <u>Weitere Informationen:</u>

Gegenwärtiger Aufenthaltsort des/der Minderjährigen

stationäre Aufnahme im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin zuhause

Abteilung/Klinik: _____ Station: _____ Telefon: _____

Die Anfrage an das Jugendamt ist mit den Sorgeberechtigten abgesprochen?

Ja Nein

Die Sorgeberechtigten sind mit der Mitteilung einverstanden und zur Zusammenarbeit mit dem BSD/ASD/JA bereit.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Anfragende/r

Kooperationsvereinbarung mit dem Jugendamt (Muster)⁶

<u>Kooperationsvereinbarung</u>
zwischen dem Jugendamt/den Jugendämtern _____ und dem Krankenhaus/der Klinik _____

Präambel

Die unterzeichnenden Institutionen und Personen kooperieren mit dem Ziel, eine Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen bei Kindeswohlgefährdungen durch schnelles und abgestimmtes Handeln, professionelle Diagnostik und Behandlung sowie gemeinsam festgelegte Weiterbetreuung zu erreichen. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie deren Familien.

Grundsätze

Die Kooperationspartner stimmen überein, dass Verdachtsfälle einer Kindeswohlgefährdung, bei denen eine stationäre medizinische Abklärung erforderlich ist, in der o.g. Klinik vorgestellt werden. Ob eine solche Klärung erforderlich ist, bzw. ob eine ambulante medizinische Klärung möglich ist, entscheidet de/dier behandelnde Kinder- und Jugendarzt/ärztin, der Öffentliche Gesundheitsdienst oder ein (möglichst mit Kinderschutzaufgaben befasster) Arzt/Äztin der Klinik nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Kindes gemeinsam mit der zuständigen Vertretung des Jugendamtes.

Die Kooperationspartner stimmen überein, dass Verdachtsfälle von gewichtigen Anhaltspunkten wie einer Kindeswohlgefährdung, die durch Angebote von Hilfen nicht abgewendet werden können, zum Zweck der Wahrnehmung des Schutzauftrages (§ 8a, Abs. 1, SGB VIII) von der Klinik an das zuständige Jugendamt gemeldet werden.

Die Kooperationsvereinbarung hat keinen rechtsverbindlichen Charakter. Sie versteht sich als Vereinbarung zur Zusammenarbeit im Sinne einer Selbstverpflichtung.

Datenschutz

Die in den Verfahrensweisen vorgesehenen Übermittlungen personenbezogener Daten zwischen den Kooperationspartnern sind datenschutzrechtlich nur zulässig, wenn

1. Eine Einwilligung der/des Sorgeberechtigten bzw. des/der einwilligungsfähigen Jugendlichen vorliegt.
- oder
2. Eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und die Gefahr nicht anders als durch die beabsichtigte Informationsweitergabe abwendbar ist.

⁶ Modifiziert nach der Kooperationsvereinbarung der Kinderklinik auf der Bult und der Stadt Hannover, Version 2012
DGKiM-Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen, Version 2.0 – 05/2023

Voraussetzung hierfür ist eine gegenwärtige bzw. andauernde und konkrete gesundheitliche Gefährdung des Kindes (körperlich, seelisch, emotional bzw. für die weitere Entwicklung). Es müssen die Voraussetzungen des § 34 StGB bzw. § 4 Abs. 3 des KKG vorliegen.

Das oben genannte Krankenhaus/die oben genannte Klinik umfasst die folgenden Kliniken/Einrichtungen:

- _____
- _____
-

Fakultativ, soweit vorhanden

Koordinierend und Ansprechpartner ist in der Regel die interdisziplinäre Kinderschutzgruppe des Krankenhauses/der Klinik.

§ 1 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben der Klinik

1. Die Klinik, möglichst vertreten durch die Mitglieder der interdisziplinären Kinderschutzgruppe (soweit vorhanden), führt bei Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen der verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung/Vernachlässigung eine diagnostische Abklärung und Behandlung nach gültigem medizinischem Standard durch. Grundlage dafür sind die jeweils geltenden Empfehlungen der damit befassten medizinischen Fachgruppen und Fachgesellschaften in Deutschland, insbesondere die „AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie“, dem „DGKiM Leitfaden: Empfehlungen für Kinderschutz in der Medizin – Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ als auch nach dem innerklinischen Verfahrensstandard des Krankenhauses/der Klinik.
2. Die Klinik meldet, unter Beachtung der o.g. Datenschutzbestimmungen, dem zuständigen Jugendamt ambulant und stationär betreute Kinder/Jugendliche
 - a. bei denen eine körperliche oder seelische Kindesmisshandlung, eine körperliche oder seelische Vernachlässigung oder ein sexueller Missbrauch/sexualisierte Gewalt mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt oder bereits nachgewiesen wurde
 - b. deren Gesundheitszustand durch fehlende Ressourcen der Eltern nach Ausschöpfung aller einvernehmlichen Lösungsansätze weiterhin gefährdet ist
 - c. bei denen aus sonstigen Gründen eine Kindeswohlgefährdung droht oder bereits eingetreten ist. Dies umfasst insbesondere alle Neugeborenen von süchtigen (drogen- oder alkoholabhängigen und drogensubstituierten) Müttern. In diesen Fällen ist aufgrund des hohen Gefährdungsrisikos ein engmaschiges Hilfe- und Unterstützungssystem zum frühestmöglichen Zeitpunkt, zwingend aber vor Entlassung des Neugeborenen aus der Klinik, einzurichten.
3. Die Meldung an das Jugendamt erfolgt unmittelbar nach Verdachtsbestätigung mit Hilfe eines standardisierten Meldebogens ([s. Anhang „Mitteilung bei V.a. KWG“](#)).
4. Die Klinik lässt dem Kooperationspartner relevante fachliche Informationen und Daten zur Kindeswohlgefährdung zukommen. Außerdem erstellen die Ärzt/innen der Klinik auf Wunsch dem zuständigen Jugendamt eine zeitnahe kurze vorläufige ärztliche Stellungnahme zum Fall. Über den genannten Umfang hinausgehende Schriftstücke werden als fachärztliche Gutachten angesehen und bedürfen der gesonderten Vereinbarung oder gerichtlichen/staatsanwaltlichen Beauftragung.

5. Die Klinik stellt für jeden Fall einer drohenden oder bestätigten Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder Gefährdung eine Ansprechperson bereit. Die Ansprechperson wird der zuständigen Vertretung des Kooperationspartners namentlich benannt.
6. In Fällen von begründetem oder bestätigtem Verdacht auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder einer sonstigen Kindeswohlgefährdung erfolgt klinikintern eine erste Fallbesprechung zur Planung des weiteren Vorgehens bzw. zur Verdachtsklärung. Hierzu werden zuvor Informationen des/der behandelnden Arzt/Ärztin eingeholt. Je nach Verdachtsgrund erfolgt zeitgleich oder nach weiterer Klärung die Information des Jugendamtes. Danach beruft die Klinik eine Fallkonferenz ein. An dieser nehmen mindestens ein mit dem Fall betraute/r Arzt/Ärztin und eine/n Mitarbeitende des psychosozialen Dienstes teil sowie die zuständige Vertretung des Jugendamtes, die Sorgeberechtigten des Kindes (in der Regel die Eltern) sowie bei Bedarf weitere Personen. In der Regel erfolgt zuvor eine Besprechung der Klinikmitarbeitenden mit dem Jugendamt ohne Beisein der Eltern.
7. Der/Die zuständige Arzt/Ärztin teilt dem Jugendamt und dem weiterbehandelnden Arzt/Ärztin die voraussichtliche stationäre Aufenthaltsdauer des Kindes dem Jugendamt mit. Diese orientiert sich in erster Linie an der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung. Organisatorische Belange des Jugendamtes sind dabei möglichst zu berücksichtigen.
8. Wenn nach einer ersten Einschätzung kein Fall von akuter Kindeswohlgefährdung vorliegt, aber Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei den Eltern oder dem Kind erkannt wird, schickt der/die zuständige Arzt/Ärztin oder Mitarbeitende des Sozialdienstes nach schriftlicher Einwilligung der Eltern eine „Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs- und Unterstützungsbedarf“ ([s. Anhang „Anfrage an das Jugendamt“](#)).

§ 2 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben des Jugendamtes

(vom JUGENDAMT jeweils noch zu bearbeiten!)

1. Das Jugendamt benennt spätestens am folgenden Werktag nach Eingang der Meldung des Falles eine Person, die den Fall weiter betreut. Diese benannte Vertretung des Jugendamtes nimmt an der von der Klinik einberufenen Fallkonferenz teil und ist für die zeitnahe poststationäre Planung und ggf. infrage kommender Jugendhilfemaßnahmen inkl. der Erstellung eines notwendigen Schutzplans/-konzeptes verantwortlich. Es gelten dafür die entsprechenden internen Verfahren und Standards. Die Erreichbarkeit des Jugendamtes außerhalb der werktäglichen Dienstzeiten ist wie folgt geregelt: **noch zu bearbeiten**
2. Mit der Teilnahme an der Hilfefkonferenz erfüllt das Jugendamt einen Teil seiner in § 8a SGB VIII gesetzlich festgelegten Verpflichtung zur Gefährdungseinschätzung. Insofern dient das Ergebnis der Fallkonferenz dem Jugendamt als Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen. Falls erforderlich, hat das Jugendamt das Recht, weitere Fallkonferenzen in Absprache mit der Kinderschutzgruppe der Klinik einzuberufen.
3. Das Jugendamt gibt 12 Wochen nach der Entlassung des Kindes eine schriftliche Rückmeldung an die Kinderschutzgruppe über den weiteren Verlauf. Diese sollte maximaleine Seite umfassen. Sie ist an folgenden Kontakt: **(Name/Tel./Fax/E-Mail/Adresse) _____** zu richten. Dafür ist das Einverständnis der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten einzuholen ([s. Anhang](#)).
4. Das Jugendamt stellt im Bedarfsfall durch eine geeignete Vertretung den Fall des Kindes auf weiteren einzelfallbezogenen Konferenzen vor und arbeitet ihn fachlich auf.

§ 3 Einzelfallunabhängige Kooperation

1. Die Vertragspartner führen neben der fallbezogenen Zusammenarbeit eine fallunabhängige Kooperation im Sinne des Kinderschutzes durch. Diese Kooperation ist ebenfalls durch den gemeinsamen Willen zu einer gedeihlichen und konstruktiven Zusammenarbeit und wie die gesamte Kooperation durch wertschätzenden und respektvollen Umgang miteinander geprägt.
2. Die Kooperationspartner entsenden eigene Teilnehmende in gemeinsame Arbeitsgruppen und Ausschüsse (soweit existent).

§ 4 Weitere Absprachen zur Zusammenarbeit

5. Die Kooperationspartner vereinbaren regelmäßige jährliche Treffen, um die Erfüllung des Kooperationsvertrages gemeinsam zu überprüfen, ihre Erfahrungen in der Umsetzung des Vertragsinhaltes auszutauschen und weitere Kooperationsinhalte zu besprechen.
6. Ihre Arbeitsergebnisse stimmen die Kooperationspartner in der eigenen Institution ab.
7. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses sind für die Einhaltung der Kooperationsvereinbarung folgende Vertretungen benannt:
 Vertretung des o.g. Krankenhauses/der Klinik: _____
 Vertretung des o.g. Jugendamtes: _____

Unterschriften

Für das o.g. Jugendamt

 Ort, Datum

 In der Vereinbarung genannte Vertretung des Jugendamtes

 Ort, Datum

 Leitung des Jugendamtes

Für das o.g. Krankenhaus/die o.g. Klinik

 Ort, Datum

 In der Vereinbarung genannte Vertretung des Krankenhauses/der Klinik

 Ort, Datum

 Ärztlicher Direktor bzw. Geschäftsführer des Krankenhauses/der Klinik

14.8 Relevante Gesetzestexte

Die hier zitierten Gesetzestexte entsprechen dem Stand vom 01. April 2023.

Artikel 6 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

- (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.
- (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.
- (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

§ 1631 BGB - Inhalt und Grenzen der Personensorge

- (1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
- (2) Das Kind hat ein Recht auf Pflege und Erziehung unter Ausschluss von Gewalt, körperlichen Bestrafungen, seelischen Verletzungen und anderen entwürdigenden Maßnahmen.
- (3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

§ 1666 BGB - Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

- (1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.
- (2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.
- (3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere
 1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
 2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
 3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
 4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
 5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
 6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.
- (4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

§ 4 KKG - Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

- (1) Werden
 1. Ärztinnen oder Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
 3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
 4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

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

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

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

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

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

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

§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

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

1.

sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen sowie

2.

Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der Gefährdungseinschätzung zu beteiligen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

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

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

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

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

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

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

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

§ 13 StGB - Begehen durch Unterlassen

(1) Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

(2) Die Strafe kann nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

(1) Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.

(2) Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

§ 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,

3. Rechtsanwalt, Kammerrechtsbeistand, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten,

3a. Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder einer Berufsausübungsgesellschaft von Steuerberatern und Steuerbevollmächtigten, einer Berufsausübungsgesellschaft von Rechtsanwälten oder europäischen niedergelassenen Rechtsanwälten oder einer Berufsausübungsgesellschaft von Patentanwälten oder niedergelassenen europäischen Patentanwälten im Zusammenhang mit der Beratung und Vertretung der Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Berufsausübungsgesellschaft im Bereich der Wirtschaftsprüfung, Buchprüfung oder Hilfeleistung in Steuersachen oder ihrer rechtsanwaltlichen oder patentanwaltlichen Tätigkeit,

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

5. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

6. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

7. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger oder Europäischer Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) (weggefallen)

(3) Kein Offenbaren im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn die in den Absätzen 1 und 2 genannten Personen Geheimnisse den bei ihnen berufsmäßig tätigen Gehilfen oder den bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätigen Personen zugänglich machen. Die in den Absätzen 1 und 2 Genannten dürfen fremde Geheimnisse gegenüber sonstigen Personen offenbaren, die an ihrer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit mitwirken, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der sonstigen mitwirkenden Personen erforderlich ist; das Gleiche gilt für sonstige mitwirkende Personen, wenn diese sich weiterer Personen bedienen, die an der beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit der in den Absätzen 1 und 2 Genannten mitwirken.

(4) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei der Ausübung oder bei Gelegenheit seiner Tätigkeit als mitwirkende Person oder als bei den in den Absätzen 1 und 2 genannten Personen tätiger Datenschutzbeauftragter bekannt geworden ist. Ebenso wird bestraft, wer

1. als in den Absätzen 1 und 2 genannte Person nicht dafür Sorge getragen hat, dass eine sonstige mitwirkende Person, die unbefugt ein fremdes, ihr bei der Ausübung oder bei Gelegenheit ihrer Tätigkeit bekannt gewordenes Geheimnis offenbart, zur Geheimhaltung verpflichtet wurde; dies gilt nicht für sonstige mitwirkende Personen, die selbst eine in den Absätzen 1 oder 2 genannte Person sind,

2. als im Absatz 3 genannte mitwirkende Person sich einer weiteren mitwirkenden Person, die unbefugt ein fremdes, ihr bei der Ausübung oder bei Gelegenheit ihrer Tätigkeit bekannt gewordenes Geheimnis offenbart, bedient und nicht dafür Sorge getragen hat, dass diese zur Geheimhaltung verpflichtet wurde; dies gilt nicht für sonstige mitwirkende Personen, die selbst eine in den Absätzen 1 oder 2 genannte Person sind, oder

3. nach dem Tod der nach Satz 1 oder nach den Absätzen 1 oder 2 verpflichteten Person ein fremdes Geheimnis unbefugt offenbart, das er von dem Verstorbenen erfahren oder aus dessen Nachlass erlangt hat.

(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(6) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 294a SGB V Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

(1) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1. Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung einer oder eines volljährigen Versicherten sein können, besteht die Mitteilungspflicht nach Satz 1 nur dann, wenn die oder der Versicherte in die Mitteilung ausdrücklich eingewilligt hat.

(2) Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.