

Info-KiM

Newsletter der
Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

2.Jg., Ausgabe 3/01-2012 vom 20.3.2012



Liebe AG KiM Mitglieder,

heute halten Sie die dritte, diesmal recht umfangliche **Info-KiM** „elektronisch in den Händen...“ Eine Ahnung von Frühling liegt in der Luft, eine für die AG KiM äußerst erfreuliche Neuigkeit verrate ich Ihnen in dieser Ausgabe, eine erfreulich verlaufene, 10-Jahres-Jubiläums-Kassler Tagung liegt hinter uns, die schon 4.Jahrestagung der AG KiM in Halle vor uns, die AG KiM ist wieder auf der DGKJ Jahrestagung vertreten und das neue Bundeskinderschutzgesetz ist am 1.1. in Kraft getreten, von dem der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sagt „Viel Lärm um wenig Neues“. Zu letzterem Thema werden Sie in dieser Ausgabe eine Originalarbeit von Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner, dem langjährigen Leiter des Referates Kinder- und Jugendhilferecht im BMFSFJ lesen. Auch wenn das Gesetz aus medizinischer Perspektive sicher nicht der große Wurf geworden ist, sollte auch der medizinische Kinderschützer wissen worum es dabei geht. Der schon zu letzten per Info-Mail mitgeteilten traurigen Nachricht vom Tod unseres Kollegen Professor Jacobi im Dezember, folgt in dieser Info-KiM ein Nachruf auf sein Wirken als engagierter Kinderschützer.

Kreative Vorschläge nehmen wir weiterhin gerne entgegen. Auch werde ich Ihnen nicht ersparen mantra-artig darauf hinzuweisen, dass auch **Sie** uns **Ihre** Termine, Fortbildungen, Kongresse, Hinweise, Stellenangebote, Berichte, Neuigkeiten, Ihnen wichtig erscheinende neue Veröffentlichungen oder was Sie sonst im medizinischen Kinderschutz bewegt zusenden. Nur so kann unser neues „Baby“, die **Info KiM**, auch zu einem nützlichen und brauchbaren Medium im medizinischen Kinderschutz werden. Ideen für dessen Weiterentwicklung (und Mitarbeit daran!!) sind willkommen, vielleicht eine Rubrik „Der knifflige Fall“? Sie dürfen auch gerne ausdrucken und andere Interessierte mitlesen lassen, am liebsten natürlich mit der Nebenwirkung einer konsekutiven Mitgliedschaft in der AG KiM – viele neue, und **aktive** Mitglieder machen die AG KiM lebendiger und schlagkräftiger!

Achtung: Termine diesmal erst auf s.17!

Schöne Frühjahrsgrüße!

Ihr

Bernd Herrmann
Vorsitzender der AG KiM

Themen dieser Ausgabe:

- | | |
|---|------|
| 1. Nachruf Prof.Gert Jacobi | S.2 |
| 2. Frohe Botschaft / 3. Bericht Kasseler Tagung | S.3 |
| 4. 4.Jahrestagung der AG KiM in Halle vom 11.-12.5.2012 | S.4 |
| 5. Originalarbeit: Bundeskinderschutzgesetz, Reinhard Wiesner | S.5 |
| 6. Termine | S.17 |

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)– Geschäftsstelle - Adenauerallee 119 – 53113 Bonn;
Telefon: 0228 - 287 33326 - E-mail: info@ag-kim.de-- Internet: www.ag-kim.de

Dr. med. Ingo Franke
Unikinderklinik Bonn
Schatzmeister

Dr. med. Bernd Herrmann
Kinderklinik Klinikum Kassel
1. Vorsitzender

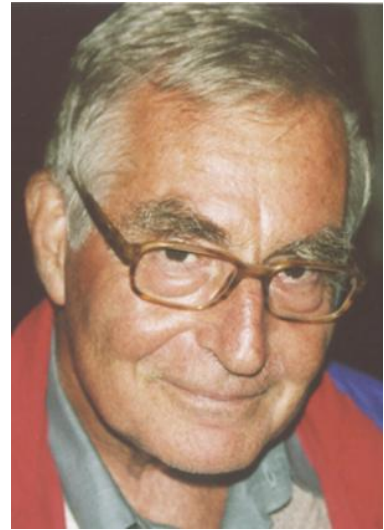
Dr. med. Sylvester von Bismarck
Kinderchirurgische Klinik Berlin/Neukölln
2. Vorsitzender / Kongresspräsident 2011

1. Nachruf auf Prof. Gert Jacobi –

Wie bereits Anfang Januar mitgeteilt, ist bedauerlicherweise am 22.12. 2011 der Kollege Professor Gert Jacobi im Alter von 78 Jahren verstorben.

Nachruf mit Einverständnis seiner Familie basierend auf eigenen Angaben auf der Website: www.gert-jacobi.de

Geboren wurde Prof. Jacobi am 10. Februar 1933 in Gießen als zweites Kind des Facharztes für Kinderheilkunde und Innere Medizin, Dr. Werner Jacobi und seiner Frau Irmhild. Seine Jugendzeit bis zum Abitur 1951 verbrachte er in Aschaffenburg am Main. Nach Studium der Medizin in Mainz, Frankfurt/Main, München und Düsseldorf 1957 Medizinisches Staatsexamen und zeitgleich Doktorexamen über „Das Verhalten der Bluteiweißkörper bei verschiedenen Herzkrankheiten“. Ärztliche Tätigkeit als Medizinalassistent in Aschaffenburg (Innere Medizin und Frauenheilkunde), Erlangen (Universitäts-Kinderklinik) und Stadt Krankenhaus Hof/Saale (Chirurgie). Anschließend Neurologische Klinik Würzburg. 1966 nach 4jähriger Ausbildung unter Prof. Dr. Adolf Windorfer sen. Facharzt für Kinderheilkunde in Erlangen. Herr Jacobi leitete dann kommissarisch die Städtische Kinderklinik (120 Betten) Aschaffenburg 1966 für 4 Monate und war dann 1 Jahr lang Stipendiat des British Council in London am National Hospital für Neurological Diseases, Queen Square und im Department of Pediatric Neurology am Hospital for Sick Children, Great Ormond Street. In den folgenden Jahren war er ausschließlich in Frankfurt an der Universitätskinderklinik tätig, zunächst als Oberarzt, ab 1973 25 Jahre lang als Abteilungsleiter für Pädiatrische Neurologie sowie 16 Jahre als stellvertretender Klinikdirektor bis zu seinem Ausscheiden im März 1998. Er hat die Abteilung zusammen mit seinen Mitarbeitern aufgebaut, zahlreiche Kollegen im Fach Kinderneurologie und klinische Neurophysiologie ausgebildet, und zahlreiche Doktoranden betreut.



Herr Jacobi hat sich während seines beruflichen Lebens neben der Kinderneurologie intensiv mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung beschäftigt und verschiedentlich veröffentlicht, so bereits 1986 in der Monatsschrift Kinderheilkunde (Schadensmuster schwerer Mißhandlungen mit und ohne Todesfolge. Monatsschr Kinderheilkd 134: 307 – 315). Über 100 seiner 280 wissenschaftlichen Vorträge handelten von dieser Thematik. Er betreute in seiner Laufbahn 234 Fälle von Kindesmisshandlungen selbst bzw. als Gutachter, welche die Grundlage für sein 2008 herausgegebenes Buch „Kindesmisshandlung und Vernachlässigung - Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen“ bildeten. Er vertrat seine Ideen und Einschätzungen zum Thema nicht selten streitbar und nicht immer unumstritten, aber stets äußerst engagiert. Im Vorwort seines Buches äußerte er dabei die Sorge, dass bei allen Bemühungen zu Verstehen, wie es zu Misshandlungen komme, „...das misshandelte Kind häufig weitgehend aus dem Fokus der Beteiligten...“ verschwinde (Jacobi 2008, S.19).

Mit Professor Gert Jacobi verlieren wir einen für misshandelte Kinder höchst engagierten Kollegen. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie. bh

Jacobi G (Hrg, 2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Verlag Hans Huber/Bern (528 S., 79.95€)

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) – Geschäftsstelle - Adenauerallee 119 – 53113 Bonn;
Telefon: 0228 - 287 33326 - E-mail: info@ag-kim.de – Internet: www.ag-kim.de

Dr. med. Ingo Franke
Unikinderklinik Bonn
Schatzmeister

Dr. med. Bernd Herrmann
Kinderklinik Klinikum Kassel
1. Vorsitzender

Dr. med. Sylvester von Bismarck
Kinderchirurgische Klinik Berlin/Neukölln
2. Vorsitzender / Kongresspräsident 2011

2. Frohe Botschaft

Nach Ablehnung unseres Antrages auf Mitgliedschaft im Konvent der DGKJ erreichte uns nach erneuten Bemühungen des Vorstandes letzten Herbst vor einigen Tagen die folgende erfreuliche Nachricht:

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Herrn
Dr. Bernd Herrmann
Vorsitzender der AG KiM
Adenauer Allee 119
53 113 Bonn

-vorab per E-Mail-

Geschäftsführung
Dr. Gudrun Noleppa
Dr. Gabriele Ölbrisch

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Berlin, 12.03.2012

Korporative Mitgliedschaft in der DGKJ

Sehr geehrter Herr Dr. Herrmann,

ich freue mich Ihnen mitteilen zu können, dass der Vorstand der DGKJ auf seiner letzten Sitzung dem Antrag AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) auf korporative Mitgliedschaft in der DGKJ stattgegeben hat. Ich möchte Sie auf diesem Weg, besonders im Namen des Präsidenten, Prof. Dr. Norbert Wagner, und des Sprechers des Konvents, PD Dr. Burkard Rodeck, herzlich als neues korporatives Mitglied der DGKJ begrüßen.

„Der Konvent für fachliche Zusammenarbeit ist der Zusammenschluss der korporativen Mitglieder der DGKJ. Dies sind die sog. Subspezialitäten - Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften, die besondere Aspekte der Kinder- und Jugendmedizin behandeln. Der Konvent stellt eine wichtige Plattform dar für den fachlichen Austausch; er nimmt die gemeinsame Interessenvertretung der verschiedenen Spezialitäten wahr und erarbeitet in diesem Rahmen entsprechende Vorschläge für den Vorstand der DGKJ.“¹ Wir freuen uns über die Wahrnehmung und fachliche Anerkennung der Arbeit der AG KiM als Subspezialität und Fachgesellschaft.

¹ www.dgkj.de/ueber_uns/struktur/konvent/

3. 10. Internationale Kasseler Fortbildung erfolgreich verlaufen

Vom 16.-17.3. fand die 10. Kasseler Tagung zu medizinischer Diagnostik bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung statt. Bei mit über 150 Teilnehmern wieder mehr als ausgebuchter Tagung, konnten leider nicht alle Teilnahmewünsche berücksichtigt werden. Knapp 1000 Mediziner haben den 2-tägigen Intensivkurs bislang durchlaufen, in dem von einem Stamm von 15-20 erfahrenen Referenten die fachlichen Grundlagen und der Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung vermittelt werden. Nach wie vor ist die von der DGfPI (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung) in Kooperation mit der AG KiM u.a. Fachgesellschaften angebotene Tagung das einzige derartige Angebot im deutschsprachigen Europa. Teilnehmer kamen aus ganz Deutschland, Österreich, Schweiz, Italien, Luxemburg, Belgien und Holland.

Anlässlich des Jubiläums wurde die Veranstaltung durch Grußworte des anwesenden Schirmherrn, dem hessischen Sozialminister Stefan Grüttner, dem DGfPI Vorsitzenden Prof. Wolfgang Feuerhelm und Frau Dr. Barbara Voß vom Hauptsponsor TK Hessen, eröffnet. Letztere hat durch dankenswerte jahrelange Unterstützung das Unterfangen wesentlich mitgetragen und ermöglicht. Es wurde von den Gratulanten die Bedeutung der Tagung für die erfolgreiche Ausbildung und Verbreitung des medizinischen Kinderschutzes in Deutschland gewürdigt.

10. INTERNATIONALE KASSELER FORTBILDUNG
Fr., 16. März 2012 | 14.30-20.00 Uhr
Sa., 17. März 2012 | 09.00-17.45 Uhr

10. Jubiläum

Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung
Schirmherr: Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister

Kinderklinik Kassel
Gesundheit Nordhessen
DGfPI
in Zusammenarbeit mit TK Hessen

Körperliche Misshandlung
Sexueller Missbrauch
Vernachlässigung –
Diagnostik und Intervention

In Kooperation mit:
AG Kinderschutz in der Medizin
Präsident der Landesärztekammer Hessen
Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte
Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte
Kooperationsverbände sozialer Mütter und Väter
Kinderklinik & Kinderpsychiatrie Kassel

Bevölkerung 17 Punkte

Infos: kindesmisshandlung.de **Nächste Tagung:** 15.-16.3.2012 in Kassel

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) – Geschäftsstelle - Adenauerallee 119 – 53113 Bonn;
Telefon: 0228 - 287 33326 - E-mail: info@ag-kim.de – Internet: www.ag-kim.de

Dr. med. Ingo Franke
Unikinderklinik Bonn
Schatzmeister

Dr. med. Bernd Herrmann
Kinderklinik Klinikum Kassel
1. Vorsitzender

Dr. med. Sylvester von Bismarck
Kinderchirurgische Klinik Berlin/Neukölln
2. Vorsitzender / Kongresspräsident 2011

11. und 12. Mai 2012
4. Jahrestagung
der AG Kinderschutz in der Medizin



Willkommen in Halle
11. und 12. Mai 2012



Der Marktplatz von Halle, Iris Band

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin möchte ich Sie recht herzlich zu unserer 4. wissenschaftlichen Jahrestagung im Mai 2012 in die Saalestadt Halle einladen.

Neben der praktischen Arbeit im medizinischen Kinderschutz stellt die Kooperation mit der Jugendhilfe einen Themenschwerpunkt der Jahrestagung dar.

Da die Jahrestagung wesentlich von Ihrer aktiven Teilnahme lebt, möchte ich Sie bitten, uns Ihre Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Kooperationsmodelle mit den Jugendämtern sowie interessante Kasuistiken in Form von Abstracts einzureichen. In Tradition unserer Jahrestagung wird es am Freitagabend ein „Get together“ zum Vernetzen und persönlichen Austausch geben.

Ich würde mich freuen, Sie am 11. und 12. Mai 2012 im Universitätsklinikum Halle (Saale) begrüßen zu dürfen.

Ihr Dr. med. Daniel Clauß

Freitag, 11. Mai 2012	Samstag, 12. Mai 2012
11:00 Vorstandssitzung 13:00 - 13:00 Eröffnung 13:30 - 15:00 Kooperationsstrukturen - Teil I 15:30 - 17:00 Praktischer Kinderschutz - Teil I 17:15 - 18:45 Uhr Mitgliederversammlung ab 19:30 Uhr Get-together im Historischen Waisenhaus der Franckeschen Stiftungen zu Halle	09:00 - 10:30 Kooperationsstrukturen - Teil II 11:00 - 12:00 Praktischer Kinderschutz - Teil II 12:00 - 13:00 2. Treffen der Kinderschutzgruppen 13:00 - 14:00 Mittagspause / Lunchmeeting des AK Klinische Studien 14:00 - 15:30 Wissenschaft 16:00 - 17:15 Interventionen 17:15 - 17:30 Vorstellung Jahrestagung 2013 /

5. Originalarbeit: Das neue Bundeskinderschutzgesetz

Prof.Dr.Dr.h.c. Reinhard Wiesner

Vor dem Hintergrund medial aufbereiteter Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung (I.) sah sich der Gesetzgeber in den letzten Jahren immer wieder veranlasst, die Rechtsgrundlagen für den Schutz von Kindern weiterzuentwickeln. Nachdem ein erster Anlauf in der letzten Legislaturperiode gescheitert war, ist noch vor Jahresende ein neues Bundeskinderschutzgesetz im Bundestag und im Bundesrat verabschiedet worden, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist (II). Es enthält ein neues Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG) (III), zahlreiche Änderungen im Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe –SGB VIII (IV) sowie Änderungen in anderen Gesetzen (V). Vor allem die Finanzierung Früher Hilfen bedarf zur Umsetzung noch weiterer Instrumente (VI).

Bei all den Aktivitäten des Gesetzgebers darf nicht aus dem Blick geraten, dass die Rechtsgrundlagen ein wichtiger Baustein für einen besseren Kinderschutz sind, letztlich entscheidend aber die organisatorischen und fachlichen Rahmenbedingungen vor Ort sind– in erster Linie die Personalausstattung in den Jugendämtern.

Übersicht

I. Der Hintergrund: Aus Fehlern lernen

1. Der Fall Pascal
2. Die Fälle Kevin, Lea-Sophie und Jessica
3. Von der Intervention zu den Frühen Hilfen
4. Die Kinderschutzgesetze der Länder
5. Zuletzt: Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen

II. Die Struktur des Bundeskinderschutzgesetzes

III. Das Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG)

1. Das Regelungsprogramm
2. Die Finanzierung Früher Hilfen
3. Die Befugnisnorm zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt

IV. Änderungen im SGB VIII

1. Der Anspruch des Kindes oder Jugendlichen auf Beratung in Konfliktsituationen (§ 8)
2. Änderungen zum Verfahren der Gefährdungseinschätzung (§ 8a)
3. Die Bereitstellung fachlicher Expertise im Kinderschutz (§ 8b)
4. Änderungen in der Heimaufsicht (§§ 45, 47)
5. Ehrenamt und Führungszeugnis (§ 72a)
6. Gesetzlicher Auftrag zur Qualitätsentwicklung (§§ 79, 79a)
7. Verbesserung der Statistik zum Kinderschutz (§§ 98, 99)

V. Änderungen in anderen Gesetzen

1. Schutz von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung
2. Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz

VI. Zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes

I. Der Hintergrund: Aus Fehlern lernen

1. Der Fall Pascal

Der Kinderschutz ist in den letzten Jahren zunehmend in die Aufmerksamkeit des Gesetzgebers gerückt. Den Anlass dazu bildeten jeweils spektakuläre Einzelfälle, die in den Medien aufbereitet worden sind und die Frage nach der Verantwortlichkeit aufgeworfen haben. Das öffentliche Interesse konzentrierte sich auf die Frage, warum ein (in der Regel) kleines Kind nicht oder nicht rechtzeitig vor Vernachlässigung, Misshandlung oder sexueller Gewalt geschützt werden konnte. Im Mittelpunkt stand und steht dabei neben den Eltern jeweils das Verhalten des zuständigen Jugendamtes bzw. seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Erinnert sei an den kleinen Pascal, der Anfang des Jahres 2003 in Saarbrücken Opfer eines Kinderschänderringes wurde. Der Stadtverband Saarbrücken hat daraufhin eine Expertenkommission eingesetzt, die im Folgejahr das so genannte Saarbrücker Memorandum vorgelegt hat¹. Die Sachverständigen sahen Defizite sowohl auf der Ebene der rechtlichen Grundlagen wie auf der Ebene der praktischen Umsetzung und erhoben folgende Forderungen:

- klare Regelungen zur Gefährdungseinschätzung
- Begrenzung des Rechts der Eltern auf informationelle Selbstbestimmung durch die Befugnis zur Weitergabe von Daten bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung
- Empfehlungen der Spitzenverbände zur Personalausstattung in den Jugendämtern².

Soweit diese Forderungen sich an den Gesetzgeber richteten, fanden sie Eingang in das Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinder- und Jugendhilferechts, das unter seiner Abkürzung KICK bekannt geworden ist³. Im Mittelpunkt stand dabei die Einführung des § 8a in das SGB VIII, der zur Erfüllung des staatlichen Schutzauftrages im Einzelfall ein spezielles Verfahren zur Gefährdungseinschätzung regelt⁴.

2. Die Fälle Jessica, Kevin und Lea Sophie

Bald sind neue Einzelfälle bekannt geworden. Die Namen "Kevin", "Lea-Sophie" und „Jessica“ haben sich tief in das Gedächtnis eingegraben. Obwohl die dazu eingesetzten Untersuchungsausschüsse erhebliche Mängel in der praktischen Umsetzung des Kinderschutzes, nicht in den rechtlichen Grund-

¹ DIJuF (Hg), Verantwortlich handeln- Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung, Köln 2004.

² Siehe DIJuF Fn.1 S. 15 ff.

³ G. vom 8.9.2005 BGBl. I S. 2729.

⁴ Die Literatur zur Umsetzung des § 8a ist inzwischen unüberschaubar. Siehe dazu statt aller Katzenstein ZKJ 2008, sowie die Literaturhinweise bei Wiesner SGB VIII, 4. Aufl. München 2011, § 8a.

lagen sahen⁵, schien es einzelnen Landesregierungen und der seiner Zeit zuständigen Bundesministerin geboten, die gesetzlichen Regelungen über die Handlungspflichten für die Jugendämter zu konkretisieren und zu verschärfen.

Das Thema Kinderschutz kam auf die Tagesordnung der regelmäßigen Treffen der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder, die als „Kinderschutzgipfel“ inszeniert wurden. Die Bundesregierung erhielt den Auftrag, einen Gesetzentwurf zu erarbeiten⁶, in dessen Mittelpunkt zwei Themen standen

- eine bundeseinheitliche Regelung für die sog. Berufsheimnisträger zur Durchbrechung der Schweigepflicht
- eine „Regelpflicht“ des Jugendamtes zum Hausbesuch als Instrument der Gefährdungseinschätzung.

Kritik am Regelungsbedarf entzündete sich vor allem im Hinblick auf die Regelpflicht zum Hausbesuch. Zwar gilt der Hausbesuch als ein wichtiges Instrument der Gefährdungseinschätzung⁷. Die Entscheidung über seinen Einsatz muss jedoch der Abwägung im Einzelfall vorbehalten bleiben: Der Hausbesuch kann Leben retten, aber auch die Vertrauensbeziehung zu den Eltern als Grundlage für den Hilfeprozess zerstören. Zudem vermittelt eine gesetzliche Pflicht zum Hausbesuch kein Recht zum Betreten der Wohnung. Zu einem Dialog mit den Fachverbänden war die politische Leitung des Ministeriums jedoch nicht bereit; stattdessen bestand sie auf der Aussage, begründete fachliche Einwände würden nicht erhoben⁸. Nachdem der Koalitionspartner nicht bereit war, die Regelungsinhalte und den Verfahrensstil zu akzeptieren, scheiterte der Gesetzentwurf im Bundestag kurz vor dem Ende der Legislaturperiode.

3. Von der Intervention zu den Frühen Hilfen

Inzwischen waren auf der örtlichen und der Landesebene Projekte mit dem Ziel installiert worden, Risikolagen von kleinen Kindern frühzeitig zu erkennen und durch bedarfsgerechte Hilfen eine Gefährdung des Kindeswohles zu verhindern. Ausgehend von Informationen und Angeboten an alle (werdenden) Eltern⁹ (primäre Prävention) sollten im Kontakt mit ihnen spezielle Unterstützungsbe-

⁵ Zum Fall Kevin siehe Bremische Bürgerschaft, Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste Dr. 16/ 1381 vom 18.4.2007 sowie Backer, Jugendamt 2007,281.

⁶ Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes BT-Dr. 16/12429

⁷ Siehe dazu Urban-Stahl, Forum Erziehungshilfen 2009 S. 4 sowie die Empfehlungen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls vom Mai 2009 – abgedruckt in Wiesner, SGB VIII 4. Auflage 2011 Anhang 1.

⁸ Siehe dazu den Offenen Brief der Fachverbände an die Bundesministerin, ZKJ 2009, 288.

⁹ Siehe dazu z.B. das Netzwerk Frühe Förderung für Familien- sog. Dormagener Modell

darfe festgestellt und erörtert werden (sekundäre Prävention)¹⁰. Im Fokus dieser Projekte standen vor allem Kinder bis zu etwa drei Jahren, sowie Schwangere und junge Mütter und Väter in belastenden Lebenslagen. Um die Zielgruppe wirkungsvoll zu erreichen und fachlich kompetent begleiten zu können, wurden Formen der Kooperation von Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe erprobt. Wegbereiter war hier das Projekt "Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen" (Pilotphase 2001-2004). Dem schloss sich später das Aktionsprogramm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundes und der Länder an (2007-2010). Der Bund richtete das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) unter der gemeinsamen Verantwortung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Deutschen Jugendinstituts ein¹¹.

Dem Paradigma der Intervention im Falle der Kindeswohlgefährdung wurde damit das Paradigma der Prävention gegenüber bzw. vorangestellt. Dieses baut auf Wertschätzung, Vertrauen, Freiwilligkeit und Transparenz und darf aus rechtlichen, gesellschaftspolitischen und fachlichen Gründen nicht in vorverlagerte Kontrolle umschlagen. Damit müssen auch die Chancen und Grenzen von Prävention immer im Blick bleiben.¹² Effektiver Kinderschutz muss daher auf beiden Säulen, der Prävention und der Intervention, aufbauen und trotz fließender Übergänge im Einzelfall immer den unterschiedlichen Handlungsauftrag des Staates (Hilfe/ Eingriff) deutlich machen.

4. Die Kinderschutzgesetze der Länder

Im Gefolge der stärker präventiven Ausrichtung gerieten die (Mit)Verantwortung des Gesundheitssystems und die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen für den Kinderschutz in den Blick. Während der Bund dies als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder ansah, sahen diese die gesetzliche Krankenversicherung und damit den Bund in der Verantwortung. In mehreren Entschlüssen hatte der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, gesetzliche Regelungen über ein so genanntes verbindliches Einladungswesen zu treffen und damit eine verstärkte Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder sicherzustellen¹³. Eine Nichteilnahme trotz wiederholter Einladung wurde als Hinweis auf Kindesvernachlässigung gewertet, dem vom Jugendamt nachgegangen werden sollte¹⁴. Nachdem die Bundesregierung die Eignung einer solchen Regelung für den Kinderschutz in Zweifel zog und auf die fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes hinwies, trafen die Länder – angeführt vom Saarland – entsprechende Regelungen. Bei sehr großen

¹⁰ Siehe dazu Sann/ Schäfer, Frühe Hilfen in Deutschland, Angebote und Perspektiven, Jugendhilfe 2011, S. 79

¹¹ Näheres dazu siehe auf der website des NZFH unter www.fruehehilfen.de

¹² siehe dazu DJI: Mythos Prävention – Chancen und Grenzen präventiver Konzepte – DJI Impulse 2/2011

¹³ Entschließung des Bundesrates für eine höhere Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen im Sinne des Kindeswohls – Bundesrats-Dr. 56/ 06 – Beschluss vom 19.5.2006 - sowie Entschließung des Bundesrates zur verpflichtenden Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen – Bundesrats-Druck.823/06 – Beschluss vom 15.12.2006.

¹⁴ Dieses Indiz gilt mittlerweile als widerlegt; siehe dazu Hess.Landkreistag/ Hessischer Städtetag, Jugendamt 2010, 115.

Unterschieden im Einzelnen enthalten viele dieser Gesetze auch Regelungen über die Befugnis bzw. Pflicht so genannter Berufsheimnisträger zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt im Fall vermuteter oder festgestellter Kindeswohlgefährdung. Schließlich finden sich in vielen Gesetzen auch Regelungen zur Einrichtung von Netzwerken im Kinderschutz¹⁵. Ungelöst bleibt dabei meist die Frage der Verbindlichkeit der Kooperationsbeziehungen bzw. der Finanzierung der Tätigkeit.

5. Zuletzt: Die öffentliche Debatte über sexualisierte Gewalt in Einrichtungen

Weiterer Regelungsbedarf wurde schließlich im Zusammenhang mit der Aufdeckung einer verbreiteten Praxis von Anwendung sexualisierter Gewalt in Einrichtungen sichtbar. Zwar sind davon nicht nur die klassischen Einrichtungen der Kinder – und Jugendhilfe (Heime) betroffen, die im SGB VIII geregelte "Heimaufsicht" als Aufgabe der Landesjugendämter erstreckt sich jedoch auf alle Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten, sofern sie nicht der landesrechtlich geregelten Schulaufsicht unterliegen¹⁶. In den Beratungen am Runden Tisch "Sexueller Kindesmissbrauch"¹⁷ wurden im Hinblick auf den Regelungsbereich des Kinderschutzgesetzes folgende Forderungen erhoben:

- besserer Schutz von Kindern in Einrichtungen durch Einhaltung von Kinderschutzstandards
- erweiterte Führungszeugnisse auch für ehrenamtlich tätige Personen
- Präzisierung und Differenzierung des Leistungsspektrums der "insoweit erfahrenen Fachkraft" nach § 8 a Abs. 2 SGB VIII.

II. Zur Struktur des Bundeskinderschutzgesetzes

Nachdem der erste Anlauf zu einem Kinderschutzgesetz am Ende der vergangenen Legislaturperiode im Deutschen Bundestag gescheitert war, hat die neue Bundesregierung – gestützt auf eine entsprechende Ankündigung im Koalitionsvertrag¹⁸ - im März 2011 einen neuen Gesetzentwurf in das parlamentarische Verfahren eingebracht¹⁹. Inhaltlich griff der Entwurf neben den Themen aus dem ersten Entwurf nicht nur die Diskussion am runden Tisch „Sexueller Missbrauch“ auf, sondern wendete sich – wie bereits in den einschlägigen Passagen des Koalitionsvertrages erkennbar - auch stärker der präventiven Ausgestaltung des Kinderschutzes zu.

Das Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen- so die offizielle Bezeichnung – ist als sog. Artikelgesetz ausgestaltet. Es enthält neben einem neuen Stammgesetz, dem Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (Art. 1), zahlreiche Änderungen im SGB VIII

¹⁵ Einen Überblick über die Landesgesetze bietet Wabnitz ZKJ 2009, 50.

¹⁶ § 45 Abs.1 Satz 2 Nr.3 SGB VIII

¹⁷ Siehe dazu Fegert/ Meysen, Jugendamt 2010, 521.

¹⁸ Wachstum-Bildung-Zusammenhalt, Koalitionsvertrag zwischen CDU/ CSU und FDP vom 26.10.2009 – Kap. III 1.

¹⁹ Bundesrats-Drucks. 202/ 11 vom 15.4.2011

(Art. 2) sowie Änderungen in anderen Gesetzen (Art. 3). Im Rahmen der Beratungen im Bundestag wurde vor den Schlussvorschriften noch eine Pflicht für die Bundesregierung eingeführt, die Wirkungen des Gesetzes unter Beteiligung der Länder zu untersuchen und den Deutschen Bundestag bis zum 31.12.2015 über die Ergebnisse zu unterrichten (Art. 4).

Das Gesetz ist am 28. Dezember 2011 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden²⁰ und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

III. Das Gesetz zur Information und Kooperation im Kinderschutz (KKG)

1. Das Regelungsprogramm

Anknüpfend an den einzelnen unterschiedliche Regelungen in den Kinderschutzgesetzen der Länder enthält das KKG nach programmatischen Aussagen zur staatlichen Mitverantwortung beim Kinderschutz (§ 1) bundeseinheitliche Rechtsgrundlagen zur Information über Hilfen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt (§ 2) und zum Aufbau von Netzwerken im Kinderschutz (§ 3) sowie eine Befugnisnorm für so genannte Berufsheimnisträger zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt (§ 4).

Der Regelungsgehalt dieses neuen Stammgesetzes bleibt begrenzt. Dennoch erscheint es überzeugend, für dieses Regelungsprogramm einen eigenständigen Rahmen zu schaffen und sich nicht auf eine Novellierung des SGB VIII zu beschränken. Damit kommt unmissverständlich zum Ausdruck: Kinderschutz ist keine auf die Kinder- und Jugendhilfe begrenzte öffentliche Aufgabe, sondern bezieht auch andere Leistungssysteme – namentlich das Gesundheitssystem - ein. Umso wichtiger ist es, Instrumente der Verknüpfung und Kooperation der Systeme – in Gestalt von Netzwerken für den Kinderschutz - zu etablieren und auf eine bundesrechtliche Grundlage zu stellen²¹.

2. Die Finanzierung Früher Hilfen

Im Mittelpunkt der politischen Aufmerksamkeit stand die **Verstetigung Früher Hilfen**, die in den einzelnen Modellprogrammen entwickelt und erprobt worden waren. Trotz wiederholter Forderungen seitens der Fachverbände und Experten gelang es weder innerhalb der Bundesregierung noch im Bundestag, die gesetzliche Krankenversicherung „ins Boot zu holen“, d.h. Leistungen der Frühen Förderung über die Krankenkassen zu finanzieren²². Auch der Bundesrat hielt den im Regierungsentwurf vorgesehenen Einsatz von Familienhebammen in Rahmen eines Bundesmodellprojekts für unzureichend. Stattdessen forderte er die Verlängerung der Erstattung von Kosten für Hebammenleistungen

²⁰ Gesetz vom 22.12.2011 – BGBl. I S. 2975

²¹ Siehe dazu Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hg), Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben- Werkbuch Vernetzung, 2.Aufl. Köln 2010

²² Siehe dazu auch die Stellungnahmen der Sachverständigen im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Kinderschutzgesetz am 26.9.2011- Ausschussdrucksachen 17(13) 116a-116l

durch die gesetzliche Krankenversicherung von acht Wochen auf sechs Monate sowie die Finanzierung von Kosten der Krankenhäuser für Leistungen zum Erhalt der Kindergesundheit²³. So wurde dieses Thema schließlich zum Gegenstand der Beratungen im Vermittlungsausschuss, der von der Bundesregierung angerufen wurde, um ein Scheitern des Gesetzes zu verhindern. Bund und Länder einigten sich dort auf ein zweistufiges Verfahren für die Finanzierung Früher Hilfen:

Im Zeitraum 2012-2016 unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen, auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird (§ 3 Abs.4 KKG).

3. Befugnisnorm zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt (§ 4 KKG)

Dringend notwendig erscheint auch eine bundeseinheitliche Regelung über die Befugnis sog. Berufsgeheimnisträger zur Information des Jugendamtes über eine Kindeswohlgefährdung, die andernfalls nicht abgewendet werden kann, nachdem es inzwischen in vielen Landeskinderschutzgesetzen voneinander abweichende Regelungen gibt, die eher zur Rechtsunsicherheit beitragen und für einen effektiven Kinderschutz kontraproduktiv sind²⁴. Die bundesrechtliche Regelung sieht ein dreistufiges Verfahren vor, nämlich

- Verpflichtung zur Beratung von Eltern, Kindern/Jugendlichen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (Absatz 1)
- Anspruch des Geheimnisträgers auf Beratung zur Gefährdungseinschätzung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft (Absatz 2)
- Befugnis zur Datenweitergabe an das Jugendamt, wenn ein Tätigwerden für dringend erforderlich erachtet wird und eine Gefährdung auf andere Weise nicht abgewendet werden kann (Absatz 3).

Im Gegensatz zum Gesetzentwurf 2009 wurde der Anwendungsbereich auf solche Berufsgeheimnisträger begrenzt, die von ihrer beruflichen Tätigkeit her „in einem unmittelbaren Kontakt zu Kindern und Jugendlichen stehen oder stehen können“.²⁵ Im Übrigen lehnt sich der Text weitgehend an die Formulierung im Gesetzentwurf von 2009 an, der seinerseits der Vorschrift im Kinderschutzgesetz

²³ Stellungnahme des Bundesrates v. 27.5.2011 – Bundesratsdrucksache 201/ 11 - Beschluss- S. 1,4, 20ff.

²⁴ Knorr/ Fangerau / Ziegenhain/ Fegert, Jugendamt 2009, 352.

²⁵ Regierungsbegründung Bundestagsdrucksache 17/ 6256 S.19.

Rheinland-Pfalz nachgebildet worden war. Dieser hatte die Befugnischwelle gegenüber der für den strafrechtlichen Rechtfertigungsgrund des rechtfertigenden Notstands bewusst von der Schwelle einer konkreten Gefahr für Leib oder Leben (§ 34 StGB) auf diejenige der Kindeswohlgefährdung i.S. des § 1666 BGB abgesenkt und auf die zusätzliche Güterabwägung verzichtet, d.h. dem Kinderschutz im Fall einer Kindeswohlgefährdung den generellen Vorrang vor dem Schutz der Vertrauensbeziehung eingeräumt. Während die Regelung im Landesrecht ohne inhaltliche Diskussion akzeptiert worden war, wird die Formulierung in § 4 KKG wegen der Absenkung der Schwelle kritisch betrachtet.²⁶

IV. Änderungen im SGB VIII

Das Gesetz enthält zahlreiche Änderungen des SGB VIII, von denen die wesentlichen kurz dargestellt werden sollen.

1. Rechtsanspruch des Kindes auf Beratung in Konfliktsituationen (§ 8)

Anknüpfend an die Diskussion am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“, Kindern und Jugendlichen einen eigenen Anspruch auf Beratung in Krisen- und Konfliktsituationen einzuräumen, wurde die in § 8 Abs. 3 geregelte Befugnis zur Beratung in einen Rechtsanspruch des Kindes oder Jugendlichen auf Beratung „umgewandelt“. Damit erlangt die bereits heute in Literatur und Praxis so ausgelegte Befugnisnorm eine höhere Verbindlichkeit und stärkere Wirkung. Allerdings glaubte der Gesetzgeber im Hinblick auf die vorrangige elterliche Erziehungsverantwortung nicht von den strengen Voraussetzungen abrücken zu können²⁷. Nachdem aber auch die Inobhutnahme (§ 42) „nur“ ein subjektives Schutzbedürfnis voraussetzt²⁸, wäre sicherlich auch bei der Konstruktion des Beratungsanspruchs eine entsprechende Regelung zulässig gewesen, die zunächst einen offenen Zugang zur Beratung sichert und den Inhalt bzw. die Folgen der Beratung (Verständigung und Kontaktaufnahme mit den Eltern oder Einleitung einer Gefährdungseinschätzung) vom Inhalt bzw. der Bewertung des vom Kind oder Jugendlichen geschilderten Konfliktpotentials abhängig macht.

2. Änderungen des Verfahrens zur Gefährdungseinschätzung (§ 8a)

Nachdem die (im ersten Gesetzentwurf enthaltene) Regelpflicht zum Hausbesuch bei Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindeswohls maßgeblich zum Scheitern des Gesetzes beigetragen hat, hat die Bundesregierung nun – anknüpfend an eine Formulierungshilfe des BMFSFJ, die kurz vor dem Scheitern des Gesetzentwurfs in der letzten Legislaturperiode für den Bundestag entwickelt worden war, – eine offenere Formulierung gewählt. Nunmehr wird das Jugendamt zum Hausbesuch (nur

²⁶ Siehe dazu Kliemann/ Fegert, ZRP 2011, 110. Siehe dazu auch die Stellungnahmen der Sachverständigen oben Fußnote 18.

²⁷ Regierungsbegründung Bundestagsdrucksache 17/6256 S. 20

²⁸ Siehe dazu Wiesner SGB VIII § 42 Rn. 7.

noch) dann verpflichtet, wenn dies nach fachlicher Einschätzung im Einzelfall geboten erscheint (§ 8a Abs.1 Satz 2 neu SGB VIII). Damit wird ein in vielen fachlichen Empfehlungen beschriebener Standard gesetzlich fixiert. In der Praxis wird allerdings befürchtet, dass diese gesetzliche Betonung dazu führen wird, dass viele Fachkräfte zu ihrer eigenen Absicherung in jedem Fall einen Hausbesuch vornehmen, um nicht nachträglich dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, mithilfe eines Hausbesuchs hätte die Gefahr erkannt werden können.

Der Gesetzgeber hat "bei dieser Gelegenheit " die Vorschrift systematisch neu gefasst und den Schutzauftrag der Träger der freien Jugendhilfe stärker von dem der öffentlichen Jugendhilfe abgesetzt. So wird von der missverständlichen Formulierung, die freien Träger hätten den Schutzauftrag „in entsprechender Weise“ wahrzunehmen, wie sie in § 8a Abs.2 bisher enthalten war, Abstand genommen. Stattdessen werden die Inhalte der Vereinbarung mit den freien Trägern nun im neuen Absatz 4 ausdrücklich geregelt. Gegenstand dieser Vereinbarung ist künftig auch die **Qualifikation „der insoweit erfahrenen Fachkraft“** (§ 8a Abs.4 Satz 2 SGB VIII), die die fallzuständige Fachkraft bei der Gefährdungseinschätzung beraten soll. Zwar sieht der Gesetzgeber auch weiterhin von einer Legaldefinition ab²⁹, verpflichtet aber Jugendamt und freie Träger sich vertraglich auf das fachliche Profil zu verständigen. Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, dass es in der Regel nicht ausreichen wird, nur eine bestimmte Person mit bestimmten Kompetenzen zu benennen, da im Einzelfall - etwa bei Hinweisen auf Anwendung sexualisierter Gewalt - häufig weitergehende spezielle Kenntnisse gefordert werden.

Schließlich wurde in § 8a SGB VIII auch die generelle Verpflichtung eines unzuständigen Jugendamtes aufgenommen, bei Bekanntwerden gewichtige Anhaltspunkte das zuständige Jugendamt zu informieren (Absatz 5 neu) – eine Regelung, die im ersten Entwurf in § 86 c enthalten war.

3. Die Bereitstellung fachlicher Expertise zum Kinderschutz (§ 8b)

a) Beratung „jugendhilfeexterner“ Personen bei der Gefährdungseinschätzung (§ 8 Abs. 1)

Während § 8a SGB VIII dafür Sorge trägt, dass innerhalb des Jugendamts und innerhalb der Einrichtungen und Dienste freier Träger, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, eine fachliche Expertise zur Gefährdungseinschätzung verfügbar ist, ist eine vergleichbare fachliche Unterstützung für andere Personen, die im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, bisher gesetzlich nicht vorgesehen. Die Debatte um eine Verbesserung des Kinderschutzes hat gezeigt, dass viele Personen, die im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen mit Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung konfron-

²⁹ Zum Anforderungsprofil siehe Slüter Jugendamt 2007, 515; Diakonisches Werk der EKD Stuttgart 2008; Moch/ Junker/ Moch ZKJ 2009, 148.

tiert werden, damit überfordert sind, eine Entscheidung darüber zu treffen, was im Sinne des Kinderschutzes im Einzelfall angezeigt ist. Dies gilt unter anderem auch für die so genannten Berufsgeheimnisträger, denen unter den Maßgaben des § 4 KKG die Befugnis zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt erteilt wird. Diesem gesamten Personenkreis räumt nun der neue § 8b einen Rechtsanspruch auf Beratung bei der Einschätzung der Gefährdungssituation gegenüber dem Jugendamt ein (§ 8b Abs.1). Damit werden die Jugendämter künftig verpflichtet, auch für diesen Personenkreis künftig einen Pool von Experten zur Gefährdungseinschätzung, die vorzugsweise bei freien Trägern angesiedelt sein sollten³⁰, zu finanzieren.

b) Beratung von Trägern von Einrichtungen zur Entwicklung von Kinderschutzstandards (§ 8b Abs. 2)

Fachliche Expertise im Kinderschutz ist aber auch in einem anderen Kontext gefragt. Viele Einrichtungen verfügen noch nicht über die Expertise für die (Weiter) Entwicklung und Anwendung fachlicher Leitlinien zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Ihnen räumt nun § 8b Abs. 2 einen entsprechenden Anspruch auf Beratung gegenüber dem zuständigen Landesjugendamt ein. Die Vorschrift flankiert damit die Neufassung der Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebserlaubnis (§ 45). Gegenstand der Beratung ist die Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten. Die Ausgestaltung der Handlungsleitlinien im Einzelfall muss sich an der Struktur und dem Konzept der jeweiligen Einrichtung orientieren und kann daher nicht abstrakt vorgegeben werden.

Im Unterschied zum Anspruch in Absatz 1 geht es hier also nicht um Expertise im (akuten) Einzelfall, sondern um Beratung in strukturellen Fragen des Kinderschutzes.

4. Änderungen in der Heimaufsicht (§§ 45, 47)

Die Debatte um einen besseren Kinderschutz in Einrichtungen hat die Bundesregierung auch dazu veranlasst, die Voraussetzungen für die Erteilung der Betriebserlaubnis neu zu fassen und dabei insbesondere die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an allen wesentlichen Entscheidungen sowie die Einführung eines Beschwerdemanagement zur Voraussetzung zu machen (§ 45). Der Katalog der anzeigepflichtigen Tatbestände in § 47 wird um „Ereignisse oder Entwicklungen, die geeignet sind, das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu beeinträchtigen“, erweitert (§ 47 Nr.2 neu).

³⁰ Es geht in diesem Kontext nicht um eine originäre Aufgabe der öffentlichen Jugendhilfe, sondern um die Beratung eines freien Trägers bei der Wahrnehmung seiner Aufgabe

5. Ehrenamt und Führungszeugnis (§ 72a)

Nachdem der Gesetzgeber bereits im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes (KICK) für haupt- und nebenamtlich tätige Personen die regelmäßige Vorlage eines Führungszeugnisses zur Pflicht gemacht hat, wurde diese nun auf das inzwischen eingeführte **erweiterte Führungszeugnis** bezogen³¹. Nicht zuletzt Übergriffe in Sportvereinen gaben Anlass dafür, auch für ehrenamtlich tätige Personen die Zugangsschwelle zu Kindern und Jugendlichen anzuheben. Die Forderung, auch von ehrenamtlich tätigen Personen in gleicher Weise die Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses zu verlangen, wird von den einen als logische Konsequenz, von den anderen als Generalverdacht und als Angriff auf das Ehrenamt verstanden³². Der Gesetzgeber hat angesichts der kontrovers geführten Debatte von einer einheitlichen gesetzlichen Regelung abgesehen und die Lösung einer Vereinbarung zwischen dem örtlichen Träger der Jugendhilfe und den freien Trägern überlassen. Sie müssen sich dabei auf eine Definition der Tätigkeiten ehrenamtlicher Personen verständigen, die aufgrund von Art, Intensität und Dauer des Kontakts mit Kindern und Jugendlichen nur noch nach Einsichtnahme in das erweiterte Führungszeugnis wahrgenommen werden dürfen (§ 72 a Abs. 4 neu).

6. Gesetzlicher Auftrag zur Qualitätsentwicklung (§§ 79, 79a)

Anknüpfend an die Forderungen nach der Entwicklung von "Kinderschutzstandards" im Kontext der Debatte um Prävention und Intervention bei sexualisierter Gewalt hat sich die Bundesregierung dafür entschieden, das Thema „Qualitätsentwicklung“ allgemeiner in den Blick zu nehmen und die Verpflichtung zur Entwicklung von Handlungsleitlinien in allen Aufgabenbereichen der Jugendhilfe gesetzlich zu verankern. Erste Anknüpfungspunkte dafür finden sich bereits in den §§ 78 a ff. und damit bei den Kriterien für den „Marktzugang“ der Anbieter stationärer Leistungen. Das Thema ist aber weit darüber hinaus für die Erfüllung aller Aufgaben – und damit sowohl für öffentliche und freie Träger relevant. Als Standort für eine solche Regelung wurde § 79, die „Fundamentalnorm des SGB VIII³³“, gewählt. Für die Konkretisierung der Grundregelung wurde ein neuer § 79a angehängt. Dieser verpflichtet die öffentlichen Träger in allen Aufgabenbereichen die (vorhandenen) Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität sowie geeignete Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung weiter zu entwickeln, anzuwenden und regelmäßig zu überprüfen. Entsprechende Anforderungen werden künftig auch der finanziellen Förderung freier Träger zugrunde gelegt (§ 74 Abs. 1 Nummer 1 neu).

³¹ Siehe dazu § 30a BZRG, der seit dem 1.5.2010 gilt.

³² Siehe dazu die Stellungnahme der AGJ vom 3.8.2010: Keine gesetzliche Erweiterung des § 72a SGB VIII auf ehrenamtlich tätige Personen! ZKJ 2010, 267.

³³ So Kunkel in LPK-SGB VIII § 79 Rn. 3.

7. Verbesserung der Statistik zum Kinderschutz (§§ 98, 99)

Künftig werden Daten zum Verfahren zur Gefährdungseinschätzung im Jugendamt und zu den gewählten Hilfealternativen in der Statistik der Kinder- und Jugendhilfe erfasst. Der durch das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls³⁴ konkretisierte Rechtsfolgenkatalog als Grundlage der Entscheidung des Familiengerichts (§ 1666 Abs. 3 BGB) wird künftig auch statistisch entsprechend abgebildet..

V. Änderungen in anderen Gesetzen

1. Schutz von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher oder geistiger Behinderung

Der Schutzauftrag des Staates sondern muss im Hinblick auf Kinder und Jugendliche mit körperlicher oder geistiger Behinderung auch auf Einrichtungen der Behindertenhilfe erweitert werden. Entgegen dem (überzeugenden) Vorschlag des Bundesrates, das Verfahren der Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII auch auf Kinder und Jugendliche mit körperlicher oder geistiger Behinderung auszudehnen³⁵, blieb der Bundestag bei der Lösung des Regierungsentwurfs. Danach werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, das Beratungsangebot der Jugendämter bei den wichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 8b Abs.2) zum Thema in den Vereinbarungen mit den Trägern von Rehabilitationseinrichtungen zu machen (§ 21 SGB IX).

2. Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz

Schließlich enthält das Bundeskinderschutzgesetz auch Änderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. So werden die Schwangerschaftsberatungsstellen einerseits verpflichtet, in den Netzwerken zum Kinderschutz mitzuwirken (§ 4 Abs.2 SchKG). Um aber Befürchtungen der Ratsuchenden entgegen zu wirken, die zukünftige Mitwirkung der Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken früher Hilfen könne sich auch auf die Kooperation im Einzelfall erstrecken³⁶, wird der bereits normierte Anspruch auf Beratung künftig auf die anonyme Beratung spezifiziert (§ 2 Abs. 1 SchKG).

VI. Zur Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes

Die mit der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes verbundenen Kosten sind nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes in erster Linie von den kommunalen Gebietskörperschaften zu tragen und von den Ländern im Rahmen ihrer sog. Mehrkostenbelastungsausgleichspflicht

³⁴ G. vom 4.Juli 2008 BGBl. I S. 1188.

³⁵ Siehe dazu die Stellungnahme des Bundesrates - Bundesratsdrucksache 202/11 – Beschluss – S. 30

³⁶ Siehe dazu die Regierungsbegründung – Bundestagsdrucksache 17/6256 S. 60

(Konnexitätsprinzip) zu refinanzieren. Dennoch hat der Bundesrat bereits in seiner Stellungnahme der Erwartung Ausdruck gegeben, dass der Bund die infolge des Gesetzes zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen den Ländern direkt und indirekt entstehenden finanziellen Mehrbelastungen dauerhaft und vollständig ausgleicht³⁷.

Im Rahmen des Vermittlungsverfahrens haben sich Bund und Länder auf die dauerhafte Finanzierung der Netzwerke früher Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien durch den Bund verständigt. Die Details sind nun im Rahmen von Verwaltungsvereinbarungen zwischen dem Bund (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend) und den Ländern festzulegen. Dabei werden die Länder daran interessiert sein, ihre jeweils landespolitisch entwickelten Konzepte Früher Hilfen künftig mit Bundesmitteln weiterzuführen.

Im Übrigen wird die Qualität des Kinderschutzes, der zunächst ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag ist, vor allem von der Bereitschaft der Politik abhängen, im Verteilungskampf um die immer knappen finanziellen Mittel die Prioritäten richtig zu setzen, d.h. der Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen den Vorrang einzuräumen.

³⁷ Stellungnahme des Bundesrates – Bundesratsdrucksache 202/ 11-Beschluss-S. 31 ff.

5. Termine

Bitte senden Sie uns Ihre Termine oder andere medizinische Kinderschutzfortbildungen an b.herrmann@t-online.de !

25.4.2012 Homburg/Saar

1. Symposium "Klinische Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung"

Infos (Flyer-Download):

www.uniklinikum-saarland.de/einrichtungen/kliniken_institute/kinder_und_jugendmedizin/klinik_fuer_allgemeine_paediatric_und_neonatologie/

11.-12.5.2012 Halle - 4. wissenschaftliche Jahrestagung der Ag KiM

Infos: ag-kim.de

23.-25.5.2012, Amsterdam

EUCCAN – European Conference on Child Abuse and Neglect



12.-16.9.2012, Hamburg

108. Jahrestagung der DGKJ

mit fachgesellschaftsübergreifendem Symposium medizinischer Kinderschutz der AG KiM (Schwerpunkt sexueller Missbrauch) und weiterem Kinderschutz-Symposium auf der Tagung der GNPI

Beitrittserklärung zur Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

Dr. Bernd Herrmann OA Kinder- und Jugendmedizin Kinderschutzambulanz Klinikum Kassel Mönchebergstr. 41-43 <u>34125 Kassel</u>	<u>oder per FAX:</u> 0561-980-6758
--	--

.....Knick für Fensterumschlag.....

Titel/Name, Vorname: _____

Beruf/Position: _____

Fachrichtung: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Mit den Zielen und der Satzung der AG KiM* erkläre ich mich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Adressdaten zu Zwecken der Vernetzung und zu internem Informationsaustausch – **nur innerhalb der AG KiM-** verwendet werden.

Ort, Datum Unterschrift

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von derzeit 25.- € jährlich von meinem Konto ab:

Kto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber/in: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum Unterschrift

*unter www.ag-kim.de einsehbar

Weitere Angaben zu Art und Kontaktdaten der eigenen Kinderschutzarbeit

*(nur 1x pro Gruppe/Ambulanz etc. erforderlich; nicht erforderlich wenn Daten der AG KiM bekannt
-Übermittlung der Angaben per Mail bevorzugt)*

Bezeichnung: _____

Klinik: _____

Abteilung: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____

Website: _____

Ansprechpartner: _____

Evtl. weitere Mail-/Tel.daten/Ansprechpartner:

Kommentare:

eInfo-KiM

Newsletter der
Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

2.Jg., Ausgabe 4/02-2012 vom 30.6.2012



Liebe AG KiM Mitglieder,

heute halten Sie die vierte **Info-KiM** „elektronisch in den Händen...“, für's 2.Quartal „Dank“ einem erheblichen Arbeitsanfall in der Klinik leider ein wenig verspätet. Einige werden den wohlverdienten Sommerurlaub angetreten haben, andere harren noch aus oder dürfen auf später warten. Kinderschutz macht eher mal keine Pause, zumindest in Kassel nicht.

Im letzten Quartal liegt die mittlerweile schon 4.Jahrestagung der AG KiM, diesmal in Halle bereits hinter uns, Dank des großen Engagements des Kongresspräsidenten Daniel Clauß wieder ein voller Erfolg. Ihm und seinem Team ein Riesengroßes Dankeschön für den hohen zeitlichen, nervlichen und sonstigen Aufwand und Kraft, die eine solche Veranstaltung erfordert. Ein ausführlicher Tagungsbericht in dieser Ausgabe der Info KiM. Noch vor einigen Jahren hätte ich es mir nicht träumen lassen, dass sich in Deutschland jedes Jahr 80-100 Kolleginnen und Kollegen für medizinischen Kinderschutz treffen. Eine mutmachende und gute Entwicklung auch unserer AG KiM, die mittlerweile knapp auf 150 Mitglieder angewachsen ist.

Erneut finden Sie in dieser Ausgabe einen Nachruf auf eine engagierte medizinische Kinderschützerin, am 01.02.2012 verstarb Frau Professor Elisabeth Trube-Becker im Alter von 93 Jahren.

Kreative Vorschläge nehmen wir weiterhin gerne entgegen. Auch werde ich Ihnen wieder nicht ersparen mantra-artig darauf hinzuweisen, dass auch **Sie** uns **Ihre** Termine, Fortbildungen, Kongresse, Hinweise, Stellenangebote, Berichte, Neuigkeiten, Ihnen wichtig erscheinende neue Veröffentlichungen oder was Sie sonst im medizinischen Kinderschutz bewegt zusenden. Nur so kann die **Info KiM**, auch zu einem nützlichen und brauchbaren Medium im medizinischen Kinderschutz werden. Ideen für dessen Weiterentwicklung (und Mitarbeit daran!!) sind willkommen. Sie dürfen auch gerne ausdrücken und andere Interessierte mitlesen lassen, am liebsten natürlich mit der Nebenwirkung einer konsekutiven Mitgliedschaft in der AG KiM – viele neue, und **aktive** Mitglieder machen die AG KiM lebendiger und schlagkräftiger!

Schöne Sommergrüße, !

Ihr

Bernd Herrmann
Vorsitzender der AG KiM

Themen dieser Ausgabe:

- | | |
|--|-----|
| 1. Nachruf Prof. Elisabeth Trube-Becker | S.2 |
| 2. Bericht der 4.Jahrestagung der AG KiM in Halle, 11.-12.5.2012 | S.3 |
| 3. Termine | S.5 |

1. Nachruf auf Professor Elisabeth Trube-Becker –

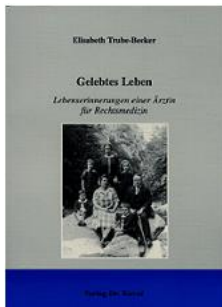
Am 01.02.2012 verstarb Frau Professor Elisabeth Trube-Becker im Alter von 93 Jahren, geboren war sie am 4.1.1919 in Düsseldorf. Sie war die erste Professorin für das Fach Rechtsmedizin in Deutschland. Und sie hat als eine der ersten auf die Themen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sowie Gewalt gegen Frauen hingewiesen.

Ihre Biografie macht sie zu einer der Vorreiterinnen der heutigen Ärztinnen- generation, die sich in einer damals sehr männlich dominierten Medizin durchgesetzt hat. Nach ihrem Studium in den Jahren 1937 bis 1942 wurde sie dienstverpflichtet und arbeitete in einem Krankenhaus in Bückeburg. 1946 kehrte sie nach Düsseldorf zurück, das sie als eine waschechte Düsseldorferin nur ungern verlassen hatte. 1948 begann sie im damaligen Institut für gerichtliche und soziale Medizin zu arbeiten. Sie erhielt diese Stelle, weil sich der damalige Chef über seine drei männlichen Assistenten so geärgert hatte, dass er sie alle drei hinauswarf. So berichtet sie in ihrer Biografie. Sie habilitierte sich (auch dies ein Zitat aus ihrer Biografie), da derselbe Chef sie mit den Worten: „Machen Sie mal, Sie können das auch“ aufforderte und ermunterte. Als Privatdozentin wurde sie (im Jahre 1951) auch zur Oberärztin ernannt.



Prof. Dr. Elisabeth Trube-Becker bei ihrer Habilitation im Jahr 1951

Quelle: Pressemitteilung des Universitätsklinikums Düsseldorf, www.uniklinik-duesseldorf.de



Über einen prägnanten Fall kam sie zu dem Thema Kindesmisshandlung, auch dies nachzulesen in ihrer Biografie. Und wenn auch einige Fallumstände sicher der Nachkriegszeit geschuldet waren, so kommen einem viele Aspekte doch vertraut vor. Sie hatte damit ein Thema gefunden, dass sie über das Fach Rechtsmedizin hinaus bekannt machte. 1982 erschien ihr Buch „Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern“ (2. Auflage 1987). In ihrem Vorwort zur 2. Auflage schreibt sie, dass sich auf der 81. Tagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1985 „nunmehr auch Pädiater die Gewalt gegenüber dem Kind in ihren vielfältigen Erscheinungsformen und den gravierenden Folgen in ihre diagnostischen Möglichkeiten einzubeziehen beginnen...“. Aus unserer heutigen Sicht war ihr Optimismus etwas verfrüht – aber sie hat diese Arbeit begonnen. Die (wenigen) Bilder in ihrem Buch zeigen drastische Fälle, ebenso sind ihre Fallbeispiele „harte Kost“. Vielleicht hat sie damit einige verschreckt, aber einige hat sie aufgerüttelt, die über den unmittelbaren Eindruck in einem Vortrag hinaus das Thema aufgegriffen haben.

1992 veröffentlichte sie das Buch „Missbrauchte Kinder. Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung“. Im Klappentext wird das Buch wie folgt beworben: „Elisabeth Trube-Becker appelliert eindringlich an Ärzte, Pädagogen und Politiker mehr Mut zu zeigen, und an uns alle, Kinder zu behüten und ihnen zu glauben.“ Dem ist auch aus heutiger Sicht nichts hinzuzufügen.

Die *Grande Dame der deutschen Rechtsmedizin* lebte zuletzt in der niederrheinischen, katholisch geprägten Kreisstadt [Neuss](http://www.neuss.de). Sie hat neben dem eigenen Berufsleben sieben Kinder großgezogen, zwei eigene und fünf Kinder aus der ersten Ehe ihres Mannes Georg Trube.

Sibylle Banaschak, Köln

Literatur und weitere Quellen

Huckenbeck, Wolfgang (2012) In Memoriam Frau Prof. Trube-Becker. Rechtsmedizin 2: 145

Truber-Becker, Elisabeth (1987) Gewalt gegen das Kind. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. Kriminalistik Verlag, Heidelberg

Truber-Becker, Elisabeth (1992) Missbrauchte Kinder. Sexuelle Gewalt und wirtschaftliche Ausbeutung. Kriminalistik Verlag, Heidelberg

Trube-Becker, Elisabeth (2000) Gelebtes Leben. Lebenserinnerungen einer Ärztin für Rechtsmedizin. Verlag Dr. Kovac, Hamburg

Haarhoff, Heike: Das menschliche Maß, In: taz, 22. Februar 2007, S. 5, 355 Z. (TAZ-Bericht);

www.taz.de/1/archiv/archiv/?dig=2007/02/22/a0240

Wikipedia: de.wikipedia.org/wiki/Elisabeth_Trube-Becker

3. Bericht von der 4. Jahrestagung der AG KiM 11.-12.Mai 2012 in Halle



Am 11. und 12. Mai diesen Jahres fand unsere 4. Wissenschaftliche Jahrestagung in der Händelstadt Halle an der Saale statt. 80 Teilnehmer/innen konnten insgesamt 27 wissenschaftliche Vorträge zu alltäglichen Herausforderungen unserer medizinischen Kinderschutzarbeit hören und hierzu diskutieren. Als Besonderheit der Tagung erfolgten gemeinsame Sitzungen zum Themenschwerpunkt der Kooperationsstrukturen mit dem 2. Fachtag des Lokalen Netzwerkes Kinderschutz der Stadt Halle.

Im Anschluss an die Eröffnung und die Grußworte standen am ersten Tag bei sommerlichen Temperaturen die Themenschwerpunkte „Kooperationsstrukturen und Praktischer Kinderschutz“ auf dem Programm. Herr Dr. Kindler vom DJI München stellte in seinem Referat „Kooperationsprozesse im Kinderschutz – Chancen und Grenzen“ die

fehlende Kommunikation sowie Koordination zwischen den Kooperationspartner als häufigste Ursachen für prinzipiell vermeidbare Fehlschläge im Kinderschutz dar. Als Ausweg forderte er die Festlegung gemeinsamer Grundlagen aber auch klare Verantwortlichkeiten in den regionalen Netzwerken zwischen allen Professionen. Die Notwendigkeit der Diskussion über prozessuale Verantwortlichkeiten in Fällen des Kinderschutzes stand auch im Fokus der weiteren Vorträge zu dieser Thematik am Freitagnachmittag und Samstag.

In einem von Kinderschutz gelebtem Referat stellte Herr Dr. Lips seine Antworten auf das Dilemma des Kinderschutzes „Zu früh zu



viel < > Zu spät zu wenig“ dar. Herr

Dr. Lips leitet bereits langjährig die Kinderschutzgruppe des Universitäts-Kinderspitals Zürich und gilt als ein Experte des medizinischen Kinderschutzes in Europa. Sein Referat gab den Teilnehmern/innen Einblick in seine Sichtweisen des Kinderschutzes, aufbauend auf fast 500 Verdachtsfälle pro Jahr im Kinderspital Zürich. Als einen Ausweg stellte er zur Förderung der frühzeitigen Erkennung von Risikosituationen die misshandlungs- und risikogerechten Items der Checkliste für die pädiatrischen schweizerischen Vorsorgeuntersuchungen dar. Seiner Aussage „Mit Vernetzung erreichen wir mehr!“ stellte er aber auch die Grenzen des medizinischen Kinderschutzes gegenüber. Im weiteren Sitzungsverlauf konnte Herr Dr. Franke mit seiner Auswertung „6 Jahre auf dem Bonner Pfad“ die Entwicklung einer deutschen Kinderschutzgruppe aufzeigen. Herr Dr. Duckwitz sensibilisierte in seinem Referat insbesondere für die erhöhte Gefahr einer Kindeswohlgefährdung von Kindern mit Behinderung. Praxisnah stellte Herr Dr. Stiller in seinem Vortrag die Anwendung von medizinischen Leitlinien des Kinderschutzes in der Fallbeurteilung vor.



Anschließend trafen sich 34 Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft zur Mitgliederversammlung. Die Anzahl der Mitglieder/innen unserer AG ist stetig wachsend. Besonders erfreulich ist die Aufnahme

unserer Arbeitsgemeinschaft in den Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, welches die Bedeutung der AG als pädiatrische Subspezialität und die fachliche Anerkennung unserer Arbeit unterstreicht.

Traditionell klang der Freitag mit einem gemeinsamen abendlichen Zusammensein bei einem ungezwungenen fachlichen und persönlichen Erfahrungsaustausch aus. Das Waisenhaus der Franckeschen Stiftungen zu Halle bot hierfür ein hervorragendes Ambiente mit Einblicken (Kunst- und Naturalienkammer) sowie Ausblicken (Altan) durch das Wirken von August Herrmann Francke (1663-1723).



Zu Beginn des zweiten Tages erhielten ca. 140 Zuhörer weitere Einblicke in die Chancen von Kooperationen im Kinderschutz. Neben der Präsentation von kniffligen Fällen fand zudem am Vormittag noch das zweite Treffen der Kinderschutzgruppen statt. Ergebnis dieses von unserem 2. Vorsitzenden, Herrn Dr. von Bismarck, schwungvoll geleiteten Treffens war die Entscheidung für eine eigene „Tagung“ im Rahmen unserer nächsten Jahrestagung in Landshut. Auch der Arbeitskreis „Kooperative Studien“ fand viel Zuspruch, so dass eine neue AG-KiM Studie auf den Weg gebracht wurde.



Der Schwerpunkt „Wissenschaftliche Studien im medizinischen Kinderschutz“ wurde in der darauffolgenden Sitzung aufgegriffen. Unser Vorsitzender, Herr Dr. Herrmann, gab uns traditionell im „Best of 2011-12“ einen Überblick über Literatur und Ressourcen im medizinischen Kinderschutz. Die umfassenden Darstellungen aktueller Literatur und Studien zu dieser Thematik waren beeindruckend. Wir freuen uns bereits jetzt auf das „Best of 2012-13“ in Landshut!

Die Bonner Kinderschutzgruppe stellte die Ergebnisse der ersten AG KiM-Studie vor. Fazit der Studie ist, dass posteriore Rippenfrakturen nur sporadisch durch die 2-Daumen-Reanimationstechnik verursacht und somit weiterhin nur als Ausschlussdiagnose für posteriore Rippenfrakturen im Säugling- und Kleinkindesalter betrachtet werden sollten. Die Sitzung wurde durch ein mögliches Verfahren zur Signifikanzbeurteilung bei Kindeswohlgefährdung durch die Kinderschutzgruppe der Uni Frankfurt sowie einer Auswertung von Strafprozessen betreuter Kinderschutzfälle der Kinderschutzgruppe Halle abgerundet. Weitere deutsche Studien zum Thema des medizinischen Kinderschutzes sind unverzichtbar und sollten einen festen Platz im Rahmen der Jahrestagungen einnehmen.



Thematisch wurde die Tagung mit einer Sitzung über Therapieangebote im Rahmen der Frühen Hilfen sowie Interventionen abgeschlossen.

Zusammenfassend können wir auf eine Jahrestagung mit vielen interessanten Vorträgen und Diskussionen sowie ausreichend Zeit zum fachlichen Austausch und für persönliche Gespräche zurückblicken.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen zur nächsten Jahrestagung am 3. und 4. Mai 2013 in Landshut!

Dr. Daniel Clauß
 Tagungspräsident der Jahrestagung 2012

A. Pingen

Freitag, 11. Mai 2012	Samstag, 12. Mai 2012
11:00 Vorstandssitzung 13:00 - 13:00 Eröffnung 13:30 - 15:00 Kooperationsstrukturen - Teil I 15:30 - 17:00 Praktischer Kinderschutz - Teil I 17:15 - 18:45 Uhr Mitgliederversammlung ab 19:30 Uhr Get-together im Historischen Waisenhaus der Franckeschen Stiftungen zu Halle	09:00 - 10:30 Kooperationsstrukturen - Teil II 11:00 - 12:00 Praktischer Kinderschutz - Teil II 12:00 - 13:00 2. Treffen der Kinderschutzgruppen 13:00 - 14:00 Mittagspause / Lunchmeeting des AK Klinische Studien 14:00 - 15:30 Wissenschaft 16:00 - 17:15 Interventionen 17:15 - 17:30 Vorstellung Jahrestagung 2013 /

4. Termine

Bitte senden Sie uns Ihre Termine oder andere medizinische Kinderschutzfortbildungen an b.herrmann@t-online.de !

25.8.2012, 10-15:30; Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
KinderZUKUNFT NRW – Ein Modell für die Regelversorgung?
Kostenfrei; Anmeldung: veranstaltungen@aecko.de; Info www.aecko.de

12.-16.9.2012, Hamburg 108. Jahrestagung der DGKJ

Symposium der DGKJ gemeinsam mit Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD), Kommission Kinderschutz Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

15.09.2012 08:15-10:00 Raum: Radisson-2 (Chicago)

DGKJ-SY-199-203 Medizinischer Kinderschutz

„Evidenz des Vorgehens bei sexuellem Kindesmissbrauch – gute Daten oder dünnes Eis?“

Evidenz medizinischer Befunde und Klassifikationen bei sexuellem Missbrauch - dünnes Eis?

B. Herrmann, Kassel

Evidenz forensischen Vorgehens bei akutem Missbrauch - wann, wer, wie?

S. Banaschak, Köln

Untersuchungsgang und Normalbefunde bei V.a. sexuellen Missbrauch – Vorgehen und Datenlage.

F. Navratil, Zürich

Auswirkung der Untersuchung bei sexuellem Missbrauch - psychologische Aspekte - Datenlage

M. Noeker, Münster

Symposium der GNPI gemeinsam mit Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) und Arbeitsgemeinschaft Forensisch-Pädiatrische Diagnostik der Dt. Gesellschaft für Rechtsmedizin

15.09.2012 14:00-15:30 Saal G-2

INT-7 Das vernachlässigte und misshandelte Kind auf der Intensivstation

Kindesmisshandlung aus Sicht des Rechtsmediziners: zwischen übersehenen Warnzeichen und falschen Schuldzuschreibungen

J. Spermhake, Hamburg

Vom Schütteltrauma zum Non-Accidental Head Injury (NAHI) - Evolution eines Konzeptes

J. Matschke, Hamburg

Non-accidental head injury (NAHI) - what is fact and what is controversial?

R. Byard, Adelaide

Thorakale und abdominelle Verletzungen - selten, aber bedrohlich!

B. Herrmann, Kassel

Beitrittserklärung zur Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

<p>Dr. Bernd Herrmann OA Kinder- und Jugendmedizin Kinderschutzambulanz Klinikum Kassel Mönchebergstr. 41-43 <u>34125 Kassel</u></p>	<p><u>oder per FAX:</u> 0561-980-6758</p>
--	---

.....Knick für Fensterumschlag.....

Titel/Name, Vorname: _____

Beruf/Position: _____

Fachrichtung: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Mit den Zielen und der Satzung der AG KiM* erkläre ich mich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Adressdaten zu Zwecken der Vernetzung und zu internem Informationsaustausch – **nur innerhalb der AG KiM-** verwendet werden.

Ort, Datum Unterschrift

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von derzeit 25.- € jährlich von meinem Konto ab:

Kto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber/in: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum Unterschrift

*unter www.ag-kim.de einsehbar

Weitere Angaben zu Art und Kontaktdaten der eigenen Kinderschutzarbeit
*(nur 1x pro Gruppe/Ambulanz etc. erforderlich; nicht erforderlich wenn Daten der AG KiM bekannt
-Übermittlung der Angaben per Mail bevorzugt)*

Bezeichnung: _____

Klinik: _____

Abteilung: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____

Website: _____

Ansprechpartner: _____

Evtl. weitere Mail-/Tel.daten/Ansprechpartner:

Kommentare:

Info-KiM

Newsletter der
Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

2.Jg., Ausgabe 5/03-2012 vom 28.9.2012



Liebe AG KiM Mitglieder,

heute erhalten Sie die fünfte **Info-KiM** für's 3.Quartal 2012. Im letzten Quartal lagen die Sommerferien, so dass sich die Zahl der Kinderschutz-„Events“ in Grenzen hielt. Dafür war die DGKJ Jahrestagung diesmal recht gut bestückt mit Kinderschutzthemen. Auch eine erfreuliche Entwicklung, blicke ich doch in 23 Jahren Pädiatrie auf den Großteil der Tagungen zurück, in denen das Thema gar nicht (!!) vertreten war. Und richtig erfreulich ist, dass wir durch unseren in diesem Jahr neu erworbenen Status als Konventgesellschaft (die Info KiM berichtete in der ersten Ausgabe dieses Jahres) und somit anerkannte pädiatrische Subspezialität, für die zukünftigen Tagungen von der DGKJ jeweils aufgefordert werden aktiv mitzuwirken. Ansonsten ist diese Ausgabe sehr literaturlastig und gibt Ihnen neben dem jährlichen „Best-of“-Vortrag von der Jahrestagung auch meine subjektive Auswahl wichtiger medizinischer Kinderschutzliteratur. Die Ag KiM wächst und gedeiht und hat mittlerweile 157 Mitglieder, ausgehend von den 26 Gründungsmitgliedern im Mai 2008 eine ordentliche Entwicklung. 91 davon sind in Kinderschutzgruppen organisiert. Wir wissen von 44 bestehenden und 8 geplanten/in Gründung befindlichen KSG (Stand September 2011). Daher meine Bitte:

Teilen Sie mir neue Gründungen von Kinderschutzgruppen mit Ihren Kontaktdaten mit!

Wie immer mein Standard Appell: Kreative Vorschläge nehmen wir weiterhin gerne entgegen. Auch werde ich Ihnen wieder nicht ersparen `mantra-artig´ darauf hinzuweisen, dass auch **Sie** uns **Ihre** Termine, Fortbildungen, Kongresse, Hinweise, Stellenangebote, Berichte, Neuigkeiten, Ihnen wichtig erscheinende neue Veröffentlichungen oder was Sie sonst im medizinischen Kinderschutz bewegt zusenden. Nur so kann die **Info KiM** zu einem nützlichen und brauchbaren Medium im medizinischen Kinderschutz werden. Ideen für dessen Weiterentwicklung (und Mitarbeit daran!!) sind willkommen. Sie dürfen auch gerne ausdrucken und andere Interessierte mitlesen lassen, am liebsten natürlich mit der Nebenwirkung einer konsekutiven Mitgliedschaft in der AG KiM (Antrag am Ende dieses Newsletters!) – viele neue, und **aktive** Mitglieder machen die AG KiM lebendiger und schlagkräftiger!

Schöne Herbstgrüße !

Ihr

Bernd Herrmann
Vorsitzender der AG KiM

HINWEIS: die überarbeitete Auflage des Kinderschutz-Leitfadens von 2010 erscheint in dieser Woche!.....

Themen dieser Ausgabe:

- | | |
|--|------|
| 1. Bericht Kinderschutz auf der DGKJ Jahrestagung in Hamburg, 14.-16.9.2012 | S.2 |
| 2. Literaturschnipsel | S.4 |
| 3. Aktuelle Übersicht wichtiger medizinischer Kinderschutz-Literatur | S.5 |
| 4. Vortrag Literaturreview Kindesmisshandlung –“Best of“ 2011-12, Halle, 12.5.12 | S.8 |
| 5. Termine | S.11 |

1. Bericht Kinderschutzthemen auf der DGKJ Jahrestagung 12.-16.9. in Hamburg –

Der Entwicklung der letzten Jahre (die Ag Kim war in den letzten 5 Jahren 4-mal mit eigenen Symposien auf den Jahrestagungen vertreten, jeweils in Kooperation mit allen großen kindermedizinischen Fachgesellschaften) setzte sich auch 2012 auf der DGKJ Jahrestagung in Hamburg fort. Neben dem DGKJ/AG KiM-Symposium gab es diesmal noch weitere kinderschutzrelevante Themen.

Auf dem von der **AG KiM organisierten Symposium ging es um Evidenz bei sexuellem Missbrauch** hinsichtlich der korrekten Erhebung und Interpretation von medizinischen Befunden. Dies erfordert Kenntnisse über die Validität und Evidenz der entsprechenden Befunde und deren methodischen Besonderheiten und Begrenzungen. Diese umfassen den fehlenden Goldstandard, die Gefahr von Zirkelschlüssen, die retrospektive Interpretation möglicherweise geheilter Verletzungen und die unsichere Korrelation der subjektiven Empfindungen der Opfer mit den tatsächlichen Abläufen eines Missbrauchs. Die dem Missbrauch immanente Unmöglichkeit einen klassischen hohen Evidenzgrades durch randomisierte kontrollierte Studien zu erlangen ist jedoch nicht mit dem Fehlen von Evidenz gleichzusetzen. Etwa 120 Besucher zeigten auch mit lebhafter Diskussion das Interesse an der Thematik. *(Die Links zu den Abstracts sind anklickbar!)*

Symposium DGKJ
 gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), dem Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)

15.09.2012 08:15- 10:00

DGKJ-SY-199-203 Medizinischer Kinderschutz „Evidenz des Vorgehens bei sexuellem Kindesmissbrauch – gute Daten oder dünnes Eis?“

B. Herrmann (Kassel)
J. Spermhake (Hamburg)

DGKJ-SY-199	Untersuchungsgang und Normalbefunde bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch - Vorgehen und Datenlage Abstract	<ul style="list-style-type: none"> F. Navratil, Zürich Erkrankt; übernommen von B. Herrmann, Kassel
DGKJ-SY-200	Evidenz medizinischer Befunde und Klassifikationen bei sexuellem Missbrauch - dünnes Eis? Abstract	<ul style="list-style-type: none"> B. Herrmann, Kassel
DGKJ-SY-201	Evidenz forensischen Vorgehens bei akutem Missbrauch - wann, wer, wie? Abstract	<ul style="list-style-type: none"> S. Banaschak, Köln
DGKJ-SY-202	Auswirkung der Untersuchung bei sexuellem Missbrauch - psychologische Aspekte - Datenlage <i>ausgefallen</i>	<ul style="list-style-type: none"> M. Noeker, Münster

Das **Symposium der GNPI** zusammen mit der AG KIM beschäftigte sich mit rechtsmedizinischen Aspekten, dem Schütteltrauma und Misshandlungen im Abdomen und Thorax. Den Vorsitz bestritten PD Dr. Jan Sperhake von der Hamburger Rechtsmedizin und der prominente australische Pathologe und Rechtsmediziner Professor Roger Byard von der University of Adelaide

Symposium GNPI gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KIM) und der Arbeitsgemeinschaft Forensisch-Pädiatrische Diagnostik der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin 15.09.2012 14:00-15:30	
INT-7 Das vernachlässigte und misshandelte Kind auf der Intensivstation	
R. Byard (Adelaide) J. Sperhake (Hamburg)	
GNPI INT-7/1	Kindesmisshandlung aus Sicht des Rechtsmediziners: zwischen übersehenen Warnzeichen und falschen Schuldzuschreibungen Referent: J. Sperhake (Hamburg)
GNPI INT-7/2	Vom Schütteltrauma zum Non-Accidental Head Injury (NAHI) - Evolution eines Konzeptes Referent: J. Matschke (Hamburg)
GNPI INT-7/3	Non-Accidental Head Injury (NAHI) - what is fact and what is controversial? Abstract Referent: R. Byard (Adelaide)
GNPI INT-7/4	Thorakale und abdominelle Verletzungen - selten, aber bedrohlich! Referent: B. Herrmann (Kassel)

Link zum Abstract INT 7/3: [Abstract](#)

Ebenfalls relevant für den medizinischen Kinderschutz ist das bislang im pädiatrischen Raum kaum behandelte **Thema der weiblichen Genitalverstümmelung** (FGM, female genital mutilation). Den Vorsitz hatte Dr. Nick Weissenrieder, Kinder- und Jugendarzt und Gynäkologe als Vertreter des Berufsverbandes der Kinderärzte und Frau Dr. Marlene Heinz, Vorsitzende der AG Kinder- und Jugendgynäkologie.

Symposium DGKJ gemeinsam mit der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) 15.09.2012 16:15-18:00	
DGKJ-SY-361-365 Genitale Beschneidung bei Kindern und Jugendlichen	
M. Heinz (Berlin) N. Weissenrieder (München)	
DGKJ-SY-361	Was müssen Kinder- und Jugendärzte über die genitale Beschneidung von Mädchen wissen ? - Zahlen, Daten, Fakten Referent: C. Zerm (Herdecke)
DGKJ-SY-362	Gefährdung von Mädchen durch genitale Beschneidung - Strukturiertes Procedere im Bereich früher Hilfen Abstract Referent: B. Schneider (München)
DGKJ-SY-363	Genitale Beschneidung bei Mädchen --- mit welchen Befunden können Kinder- und Jugendärzte konfrontiert werden ? Referent: E. Tahir (München)
DGKJ-SY-364	Empfehlungen zum Umgang mit genitaler Beschneidung in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin Referent: N. Weissenrieder (München)

Link zum Abstract SY-362: [Abstract](#)

Zu guter Letzt gab es am gleichen Tag noch einen Posterwalk zu Kinderschutzthemen, so dass dieser Tag der Jahrestagung wirklich ganz im Zeichen des Kinderschutzes stand:

Posterwalk
DGKJ
15.09.2012 16:00-16:15

DGKJ-PO-L Kinderschutz

J. Sperhake (Hamburg)

DGKJ-PO-597	Spektrum der klinisch betreuten Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung vor und nach Etablierung einer medizinischen Kinderschutzzambulanz Abstract Referent: J. Knotz (Frankfurt am Main)
DGKJ-PO-598	Thüringer Ambulanz für Kinderschutz (TAKS) - medizinischer Kinderschutz in Praxis und Theorie Abstract Referent: F. Eckoldt (Jena)
DGKJ-PO-599	Auswirkungen einer erweiterten Diagnostik auf die Fallbeurteilung im medizinischen Kinderschutz Abstract Referent: D. Clauß (Halle / Saale)

Links zu den Abstracts im [Abstractheft](#)

2. Literaturschnipsel

Jones L, Bellis M, Wood S, et al. (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 380 (9845): 899-907

Fazit: Kinder mit Behinderungen werden mit höherer Wahrscheinlichkeit Gewaltopfer, auch wenn der Forschungsstand begrenzt ist.

Hintergrund Weltweit weisen mindestens 93 Millionen Kinder eine mäßige oder schwere Behinderung auf. Es wird angenommen, dass bei Kindern mit Behinderungen ein beträchtlich höheres Risiko besteht, Opfer von Gewalt zu werden, als bei Gleichaltrigen ohne Behinderungen. Die Ermittlung verlässlicher Schätzwerte zum Ausmaß des Problems ist der wesentliche erste Schritt, um wirksame Präventionsprogramme zu entwickeln. Aus diesem Grund haben wir eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse durchgeführt, um so Belege zur Prävalenz und zum Risiko von Gewalt gegen Kinder mit Behinderungen zusammenzufassen.

Methoden Für diese systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse haben wir in 12 elektronischen Datenbanken recherchiert. Ziel war die Ermittlung von Querschnitts-, Fall-Kontroll- bzw. Kohortenstudien, über die zwischen dem 1. Januar 1990 und dem 17. August 2010 berichtet wurde und die Schätzwerte zur Prävalenz von Gewalt gegen behinderte Kinder (Alter ≤ 18 J.) lieferten bzw. in denen das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, für Kinder mit und ohne Behinderungen verglichen wurde.

Ergebnisse Aus 10.663 Literaturhinweisen wurden 17 Studien ausgewählt. Die Berichte zu 16 Studien lieferten Daten, die sich für die Metaanalyse der Prävalenz eigneten. 11 Studien lieferten Daten, die für die Metaanalyse des Risikos geeignet waren. Die gepoolten Schätzwerte zur Prävalenz betragen 26,7 % (95 %-KI: 13,8 – 42,1) für kombinierte Gewaltparameter, 20,4 % (13,4 – 28,5) für körperliche Gewalt und 13,7 % (9,2 – 18,9) für sexuelle Gewalt. Die Odds-Ratios für gepoolte Risikoschätzwerte betragen 3,68 (2,56 – 5,29) für kombinierte Gewaltparameter, 3,56 (2,80 – 4,52) für körperliche Gewalt und 2,88 (2,24 – 3,69) für sexuelle Gewalt. Über die meisten Schätzwerte hinweg wurde eine sehr große Heterogenität ($I^2 > 75\%$) festgestellt. Die Schwankungen konnten mithilfe der Meta-Regressionsanalyse der Studienmerkmale nicht durchgängig erklärt werden.

Interpretation Die Ergebnisse dieser systematischen Übersichtsarbeit bestätigen, dass bei Kindern mit Behinderungen eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, Opfer von Gewalt zu werden, als bei Gleichaltrigen ohne Behinderungen. Jedoch gibt es weiterhin kaum zuverlässige Belege, da es an gut entwickelten Forschungsstudien mangelt, die Standards zur Messung von Behinderung und Gewalt dürftig sind und nur unzureichend beurteilt wird, ob die Gewaltbereitschaft der Entwicklung der Behinderung vorausgeht. Diese Wissenslücken müssen geschlossen werden.

(Quelle und entnommen von: [univadis.de](#))

2. Literatur, Handbücher, Medien - 2012

Aktuelle Übersicht über relevante medizinische Kinderschutzliteratur

Zusammengestellt von B.Herrmann/Kassel, Stand 11.3.2012, anlässlich der **10.Internationalen DGfPI Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung, Kassel, 16.-17.3.2012**

Jenny C (2011) Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier, St.Louis. [658 S., 74€]

Reece RM, Christian CW (Hrg, 2009) Child abuse: Medical diagnosis and management. 3rd Edition, American Academy of Pediatrics [ca. 90 €;]

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 2. Aktualisierte Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York. [Deutsches Standardwerk; 350 S. 160 Abb. 59.95€]

Kaplan R, Adams JA, Straling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning St Louis. [ca. 75€]

Finkel MA, Giardino AP (2009) Medical evaluation of child sexual abuse. 3rd Edition, AAP [ca. 90 €]

Bilo RAC, Robben SGF, van Rijn RR (April 2010) Forensic Aspects of Paediatric Fractures: Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse. [210 S. 107€]

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrg, 2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. [243 S., 19.95€]

Minns RA, Brown JK (Hrg, 2005) Shaking and other non-accidental head injuries in children. Clinics in Developmental Medicine No. 162. Cambridge University Press [ca. 170\$]

American Academy of Pediatrics (2008) Visual diagnosis of child abuse on CD-ROM. 3rd edition. CD-ROM [175 \$ - ausgezeichnet; viele Quellen zu sexueller u. körperlicher Misshandlung; Dias, Artikel, u.v.a.]

Chadwick DL (2009) The Child Abuse Doctors, G.W.Medical Publishing/STM Learning, Saint Louis, Missouri. [35\$]

Deegener G, Körner W (2005) Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen. [Umfassendes Handbuch; psychosoziale, soziolog. Aspekte; 876 S., 79.95€]

Giardino AP; Lyn MA, Giardino, ER (Hrg) A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect 2. Aufl. 2009, Springer Medizin, Heidelberg, Berlin, New York. [400 S. 128.35 €]

Hobbs CJ, Wynne JM (2001) Physical signs of child abuse. A colour atlas. WB Saunders, 2nd edition. [ca.105 €, viele Bilder; bei sexuellem Missbrauch nicht mehr aktuell]

Jacobi G (Hrg, 2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern. (528 S., 79.95€)

Kempe A (2007) A good knight for children. C.Henry Kempe's quest to protect the abused child. . [248 S. 26.35 \$]

Kleinman PK (Hrg, 1998) Diagnostic imaging of child abuse. 2.Aufl. Mosby St. Louis, Baltimore... [das radiologische Standardwerk der KKM Diagnostik; 424; inzwischen vergriffen]

Love JC, Derrick SM, Wiersema JM (2011) Skeletal Atlas of Child Abuse. Humana Press, Springer, new York, Berlin, Heidelberg . (120 S.,156€)

McCann J, Kerns D (1999) The anatomy of child and adolescent sexual abuse. A CD-ROM Atlas/Reference. InterCorp, St. Louis (www.intercorpinc.com) CD-ROM [ca. 250 \$ absolute Spitzenklasse, 1200 zoombare Befund-Fotos, 600 Fälle, 150 Themenkomplexe, 24 "Morphs" = Videoanimationen, viele Literaturquellen]

Offiah AC, Hall CM (2009) Radiological Atlas of Child Abuse. Radcliffe Publishing, Oxford, New York. [105€]

Reece RM (2000) Treatment of Child Abuse: Common Ground for Mental Health, Medical & Legal Practitioners. Johns Hopkins University Press

The Quarterly Update – vierteljährliche Literaturreview medizinische Literatur– ausgezeichnete und unverzichtbare LiteraturQuelle! www.quarterlyupdate.org/

Auswahl Systematic Review u.a. wichtige Artikel

Allgemein

Sibert J, Maguire SA, Kemp AM (2007) How good is the evidence available in child protection? Arch Dis Child 92: 107-108

Maguire S (2010) Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed 95:170–177.

Maguire SA, Pickerd N, Farewell D, Mann MK, Tempest V, Kemp AM (2009) Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. Arch Dis Child 94:860-867.

ZNS

Kemp AM, Rajaram S, Mann M, Tempest V, Farewell D, Gawne-Cain ML, Jaspan T and Maguire S and Welsh Child Protection Systematic Review Group (2009) What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. Clin Radiol 64: 473-483

Maguire JL, Boutis K, Uleryk EM, Laupacis A, Parkin PC (2009) Should a head-injured child receive a head CT scan? A systematic review of clinical prediction rules. Pediatrics 124:e145-e154.

Maguire SA, Kemp AM, Lumb RC and Farewell DM (2011) Estimating the Probability of Abusive Head Trauma: A Pooled Analysis. Pediatrics 128:3 e550-e564 +

Kemp AM (2002). Investigating subdural haemorrhage in infants. Arch Dis Child;86:98-102.

Kemp AM, Stoodley N, Cobley C, Coles L, Kemp KW (2003). Apnoea and brain swelling in non-accidental head injury. Arch Dis Child;88:472-476.

Kemp AM, Joshi AH, Mann M et al. (2010) What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: A systematic review. Arch Dis Child 95:355-360

Frakturen

Kemp AM (2008) Fractures in physical child abuse. Paediatrics and Child Health 18: 550-553

Prosser I, Maguire S, Harrison SK et al. (2005) for the Welsh Child Protection Systematic Review Group. How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: A systematic review. AJR:184:1282-1286.

Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S (2008) Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. BMJ 337: a1518 www.bmj.com/cgi/reprint/337/oct02_1/a1518

Maguire S, Mann M, John M, et al. and the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2006). Does cardiopulmonary resuscitation cause rib fractures in children? A systematic review. Child Abuse Negl: 30:739-751

Haut

Maguire S (2008) Bruising as an indicator of child abuse: when should I be concerned? Paediatrics and Child Health 18: 545-549

Kemp AM, Butler A, Morris S et al. (2006) Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clin Radiol;61:723-736.

Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005). Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. Arch Dis Child: 90:182-186

Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005). Can you age bruises accurately in children? A systematic review. Arch Dis Child:90:187-189

Kemp A, Maguire S A, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M (2006) Can we identify abusive bites on children? Arch Dis Child 2006; 91: 951

Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM (2008) A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. Burns 34:1072-81

HNO

Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM for the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2007) Diagnosing abuse: A systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. Arch Dis Child 92:1113-1117

Literatur Sexueller Missbrauch

Adams JA (2011) Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: 2011 Update. J Child Sexual Abuse 20:588-605

Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK (2008) Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 300(23):2779-2792

Pillai M (2008) Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from an examination? J Pediatr Adolesc Gynecol 21:177-185

Shapiro (2011) Evidence-based approach to Child sexual abuse findings. In: **Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP** (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. S103-115

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16:79-101

Nationale/internationale Leitlinien, zahlreiche Fachartikel als pdf u.v.m.:
 => kindermisshandlung.de

Aktuelles Fachbuch, 2.Auflage 2010:



Weitere Infos und Probekapitel unter www.kindermisshandlung.de/diagnostik-fachbuch.html



Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KIM)

Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken



Autoren: Bernd Herrmann/Kassel, Sylvester von Bismarck/Berlin, Ingo Franke/Bonn, Reinhard Dettmeyer/Gießen, Frank Düren, Anne-Kathrin Eysen, Gudrun Fries, Renée Frit, Jiliane Helwig, Dieter Kasper, Christa Meiß, Andrea Neumann/ Jena/Kassel

Redaktionelle Bearbeitung durch die Kommission Kinderschutz der DAKJ: Sylvester von Bismarck/Berlin, Ingrid Grottel/Berlin, Frank Helber/Kassel, Bernd Herrmann/Kassel, Uta Thyen/Gießen

In Anlehnung an die Konzepte der Schweizer und Österreichischer Kinderschutzgruppen (vgl. Lit.verzeichnis)

Sollten im folgenden Leitfaden eine geschlechtsspezifische Bezeichnung genannt werden sollte, so sind damit immer beide Geschlechter gemeint.

Der gesamte Kinderschutzgruppen-Baukasten unterliegt dem © Copyright – der AG KIM. © Herrmann/Kinderschutzgruppe Kassel, © Franke/Kinderschutzgruppe Bonn (© 41-43). Das heißt: Weiterverbreitung ohne Angabe der Quelle ist erlaubt und erwünscht.
 Bitte für die jeweilige Klinik bearbeitbaren Wordversion kann per E-Mail angefordert werden unter kunsk@dakj.de.
 Einzelne Leitfäden oder für Kinderschutz erarbeitete Leitfäden sind ebenfalls auf www.kindermisshandlung.de verfügbar.
 Version 1.2 – aktualisiert 03/2012 – Korrektur Rechtschreib- & Bundeskinderhilfsrat, Kooperationsvereinbarung Jugendamt, Leitfaden

Der im Dezember 2010 erschienene Leitfaden für Kinderschutzgruppen

„ Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken “

erscheint in der ersten Oktoberwoche in einer aktualisierten und revidierten Auflage (Version 1.2). Dieser wird wie bisher unter ag-kim.de und unter dakj.de herunterladbar sein.

Darin enthalten auch die revidierte Version der **Muster-Kooperationsvereinbarung** zwischen Jugendämtern und Kliniken.

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KIM) – Geschäftsstelle - Adenauerallee 119 – 53113 Bonn;
 Telefon: 0228 - 287 33326 - E-mail: info@ag-kim.de – Internet: www.ag-kim.de

Dr. med. Ingo Franke
 Unikinderklinik Bonn
 Schatzmeister


Dr. med. Bernd Herrmann
 Kinderklinik Klinikum Kassel
 1. Vorsitzender

Dr. med. Sylvester von Bismarck
 Kinderchirurgische Klinik Berlin/Neukölln
 2. Vorsitzender / Kongresspräsident 2011

4. Literatur Update 2011/12 Literaturreview Kindesmisshandlung –“Best of“ 2011-12

Nach Vortrag B.Herrmann, Kassel, gehalten auf der 4.Jahrestagung der AG KiM, Halle 12.5.2012

Evidenz Körperliche Misshandlung- Systematische Literatur Reviews



Exzellent; verfügbar nur für körperliche Misshandlung

Trend: wenig hochwertige Literatur, Variierende Definitionen, kleine Fallzahlen, meist Fallkontrollstudien

Gute Evidenz: Rippenfrakturen, Verbrühungen, Altersbestimmung von Hämatomen nicht möglich

RESEARCH SYSTEMATIC REVIEW GROUP

Research group	Articles included (total)
Abuse Center	107 / 26
Child Welfare	104 / 33
Child Abuse	103 / 4
Child Welfare	102 / 18
Child Abuse	101 / 19
Child Abuse	100 / 21
Child Abuse	99 / 21
Child Abuse	98 / 21
Child Abuse	97 / 21
Child Abuse	96 / 21
Child Abuse	95 / 21
Child Abuse	94 / 21
Child Abuse	93 / 21
Child Abuse	92 / 21
Child Abuse	91 / 21
Child Abuse	90 / 21
Child Abuse	89 / 21
Child Abuse	88 / 21
Child Abuse	87 / 21
Child Abuse	86 / 21
Child Abuse	85 / 21
Child Abuse	84 / 21
Child Abuse	83 / 21
Child Abuse	82 / 21
Child Abuse	81 / 21
Child Abuse	80 / 21
Child Abuse	79 / 21
Child Abuse	78 / 21
Child Abuse	77 / 21
Child Abuse	76 / 21
Child Abuse	75 / 21
Child Abuse	74 / 21
Child Abuse	73 / 21
Child Abuse	72 / 21
Child Abuse	71 / 21
Child Abuse	70 / 21
Child Abuse	69 / 21
Child Abuse	68 / 21
Child Abuse	67 / 21
Child Abuse	66 / 21
Child Abuse	65 / 21
Child Abuse	64 / 21
Child Abuse	63 / 21
Child Abuse	62 / 21
Child Abuse	61 / 21
Child Abuse	60 / 21
Child Abuse	59 / 21
Child Abuse	58 / 21
Child Abuse	57 / 21
Child Abuse	56 / 21
Child Abuse	55 / 21
Child Abuse	54 / 21
Child Abuse	53 / 21
Child Abuse	52 / 21
Child Abuse	51 / 21
Child Abuse	50 / 21
Child Abuse	49 / 21
Child Abuse	48 / 21
Child Abuse	47 / 21
Child Abuse	46 / 21
Child Abuse	45 / 21
Child Abuse	44 / 21
Child Abuse	43 / 21
Child Abuse	42 / 21
Child Abuse	41 / 21
Child Abuse	40 / 21
Child Abuse	39 / 21
Child Abuse	38 / 21
Child Abuse	37 / 21
Child Abuse	36 / 21
Child Abuse	35 / 21
Child Abuse	34 / 21
Child Abuse	33 / 21
Child Abuse	32 / 21
Child Abuse	31 / 21
Child Abuse	30 / 21
Child Abuse	29 / 21
Child Abuse	28 / 21
Child Abuse	27 / 21
Child Abuse	26 / 21
Child Abuse	25 / 21
Child Abuse	24 / 21
Child Abuse	23 / 21
Child Abuse	22 / 21
Child Abuse	21 / 21
Child Abuse	20 / 21
Child Abuse	19 / 21
Child Abuse	18 / 21
Child Abuse	17 / 21
Child Abuse	16 / 21
Child Abuse	15 / 21
Child Abuse	14 / 21
Child Abuse	13 / 21
Child Abuse	12 / 21
Child Abuse	11 / 21
Child Abuse	10 / 21
Child Abuse	9 / 21
Child Abuse	8 / 21
Child Abuse	7 / 21
Child Abuse	6 / 21
Child Abuse	5 / 21
Child Abuse	4 / 21
Child Abuse	3 / 21
Child Abuse	2 / 21
Child Abuse	1 / 21

Current reviews:

- Child Abuse and Neglect (2011)
- Child Abuse and Neglect (2010)
- Child Abuse and Neglect (2009)
- Child Abuse and Neglect (2008)
- Child Abuse and Neglect (2007)
- Child Abuse and Neglect (2006)
- Child Abuse and Neglect (2005)
- Child Abuse and Neglect (2004)
- Child Abuse and Neglect (2003)
- Child Abuse and Neglect (2002)
- Child Abuse and Neglect (2001)
- Child Abuse and Neglect (2000)
- Child Abuse and Neglect (1999)
- Child Abuse and Neglect (1998)
- Child Abuse and Neglect (1997)
- Child Abuse and Neglect (1996)
- Child Abuse and Neglect (1995)
- Child Abuse and Neglect (1994)
- Child Abuse and Neglect (1993)
- Child Abuse and Neglect (1992)
- Child Abuse and Neglect (1991)
- Child Abuse and Neglect (1990)
- Child Abuse and Neglect (1989)
- Child Abuse and Neglect (1988)
- Child Abuse and Neglect (1987)
- Child Abuse and Neglect (1986)
- Child Abuse and Neglect (1985)
- Child Abuse and Neglect (1984)
- Child Abuse and Neglect (1983)
- Child Abuse and Neglect (1982)
- Child Abuse and Neglect (1981)
- Child Abuse and Neglect (1980)
- Child Abuse and Neglect (1979)
- Child Abuse and Neglect (1978)
- Child Abuse and Neglect (1977)
- Child Abuse and Neglect (1976)
- Child Abuse and Neglect (1975)
- Child Abuse and Neglect (1974)
- Child Abuse and Neglect (1973)
- Child Abuse and Neglect (1972)
- Child Abuse and Neglect (1971)
- Child Abuse and Neglect (1970)
- Child Abuse and Neglect (1969)
- Child Abuse and Neglect (1968)
- Child Abuse and Neglect (1967)
- Child Abuse and Neglect (1966)
- Child Abuse and Neglect (1965)
- Child Abuse and Neglect (1964)
- Child Abuse and Neglect (1963)
- Child Abuse and Neglect (1962)
- Child Abuse and Neglect (1961)
- Child Abuse and Neglect (1960)
- Child Abuse and Neglect (1959)
- Child Abuse and Neglect (1958)
- Child Abuse and Neglect (1957)
- Child Abuse and Neglect (1956)
- Child Abuse and Neglect (1955)
- Child Abuse and Neglect (1954)
- Child Abuse and Neglect (1953)
- Child Abuse and Neglect (1952)
- Child Abuse and Neglect (1951)
- Child Abuse and Neglect (1950)
- Child Abuse and Neglect (1949)
- Child Abuse and Neglect (1948)
- Child Abuse and Neglect (1947)
- Child Abuse and Neglect (1946)
- Child Abuse and Neglect (1945)
- Child Abuse and Neglect (1944)
- Child Abuse and Neglect (1943)
- Child Abuse and Neglect (1942)
- Child Abuse and Neglect (1941)
- Child Abuse and Neglect (1940)
- Child Abuse and Neglect (1939)
- Child Abuse and Neglect (1938)
- Child Abuse and Neglect (1937)
- Child Abuse and Neglect (1936)
- Child Abuse and Neglect (1935)
- Child Abuse and Neglect (1934)
- Child Abuse and Neglect (1933)
- Child Abuse and Neglect (1932)
- Child Abuse and Neglect (1931)
- Child Abuse and Neglect (1930)
- Child Abuse and Neglect (1929)
- Child Abuse and Neglect (1928)
- Child Abuse and Neglect (1927)
- Child Abuse and Neglect (1926)
- Child Abuse and Neglect (1925)
- Child Abuse and Neglect (1924)
- Child Abuse and Neglect (1923)
- Child Abuse and Neglect (1922)
- Child Abuse and Neglect (1921)
- Child Abuse and Neglect (1920)
- Child Abuse and Neglect (1919)
- Child Abuse and Neglect (1918)
- Child Abuse and Neglect (1917)
- Child Abuse and Neglect (1916)
- Child Abuse and Neglect (1915)
- Child Abuse and Neglect (1914)
- Child Abuse and Neglect (1913)
- Child Abuse and Neglect (1912)
- Child Abuse and Neglect (1911)
- Child Abuse and Neglect (1910)
- Child Abuse and Neglect (1909)
- Child Abuse and Neglect (1908)
- Child Abuse and Neglect (1907)
- Child Abuse and Neglect (1906)
- Child Abuse and Neglect (1905)
- Child Abuse and Neglect (1904)
- Child Abuse and Neglect (1903)
- Child Abuse and Neglect (1902)
- Child Abuse and Neglect (1901)
- Child Abuse and Neglect (1900)

Publications reviewed:

- Child Abuse and Neglect (2011)
- Child Abuse and Neglect (2010)
- Child Abuse and Neglect (2009)
- Child Abuse and Neglect (2008)
- Child Abuse and Neglect (2007)
- Child Abuse and Neglect (2006)
- Child Abuse and Neglect (2005)
- Child Abuse and Neglect (2004)
- Child Abuse and Neglect (2003)
- Child Abuse and Neglect (2002)
- Child Abuse and Neglect (2001)
- Child Abuse and Neglect (2000)
- Child Abuse and Neglect (1999)
- Child Abuse and Neglect (1998)
- Child Abuse and Neglect (1997)
- Child Abuse and Neglect (1996)
- Child Abuse and Neglect (1995)
- Child Abuse and Neglect (1994)
- Child Abuse and Neglect (1993)
- Child Abuse and Neglect (1992)
- Child Abuse and Neglect (1991)
- Child Abuse and Neglect (1990)
- Child Abuse and Neglect (1989)
- Child Abuse and Neglect (1988)
- Child Abuse and Neglect (1987)
- Child Abuse and Neglect (1986)
- Child Abuse and Neglect (1985)
- Child Abuse and Neglect (1984)
- Child Abuse and Neglect (1983)
- Child Abuse and Neglect (1982)
- Child Abuse and Neglect (1981)
- Child Abuse and Neglect (1980)
- Child Abuse and Neglect (1979)
- Child Abuse and Neglect (1978)
- Child Abuse and Neglect (1977)
- Child Abuse and Neglect (1976)
- Child Abuse and Neglect (1975)
- Child Abuse and Neglect (1974)
- Child Abuse and Neglect (1973)
- Child Abuse and Neglect (1972)
- Child Abuse and Neglect (1971)
- Child Abuse and Neglect (1970)
- Child Abuse and Neglect (1969)
- Child Abuse and Neglect (1968)
- Child Abuse and Neglect (1967)
- Child Abuse and Neglect (1966)
- Child Abuse and Neglect (1965)
- Child Abuse and Neglect (1964)
- Child Abuse and Neglect (1963)
- Child Abuse and Neglect (1962)
- Child Abuse and Neglect (1961)
- Child Abuse and Neglect (1960)
- Child Abuse and Neglect (1959)
- Child Abuse and Neglect (1958)
- Child Abuse and Neglect (1957)
- Child Abuse and Neglect (1956)
- Child Abuse and Neglect (1955)
- Child Abuse and Neglect (1954)
- Child Abuse and Neglect (1953)
- Child Abuse and Neglect (1952)
- Child Abuse and Neglect (1951)
- Child Abuse and Neglect (1950)
- Child Abuse and Neglect (1949)
- Child Abuse and Neglect (1948)
- Child Abuse and Neglect (1947)
- Child Abuse and Neglect (1946)
- Child Abuse and Neglect (1945)
- Child Abuse and Neglect (1944)
- Child Abuse and Neglect (1943)
- Child Abuse and Neglect (1942)
- Child Abuse and Neglect (1941)
- Child Abuse and Neglect (1940)
- Child Abuse and Neglect (1939)
- Child Abuse and Neglect (1938)
- Child Abuse and Neglect (1937)
- Child Abuse and Neglect (1936)
- Child Abuse and Neglect (1935)
- Child Abuse and Neglect (1934)
- Child Abuse and Neglect (1933)
- Child Abuse and Neglect (1932)
- Child Abuse and Neglect (1931)
- Child Abuse and Neglect (1930)
- Child Abuse and Neglect (1929)
- Child Abuse and Neglect (1928)
- Child Abuse and Neglect (1927)
- Child Abuse and Neglect (1926)
- Child Abuse and Neglect (1925)
- Child Abuse and Neglect (1924)
- Child Abuse and Neglect (1923)
- Child Abuse and Neglect (1922)
- Child Abuse and Neglect (1921)
- Child Abuse and Neglect (1920)
- Child Abuse and Neglect (1919)
- Child Abuse and Neglect (1918)
- Child Abuse and Neglect (1917)
- Child Abuse and Neglect (1916)
- Child Abuse and Neglect (1915)
- Child Abuse and Neglect (1914)
- Child Abuse and Neglect (1913)
- Child Abuse and Neglect (1912)
- Child Abuse and Neglect (1911)
- Child Abuse and Neglect (1910)
- Child Abuse and Neglect (1909)
- Child Abuse and Neglect (1908)
- Child Abuse and Neglect (1907)
- Child Abuse and Neglect (1906)
- Child Abuse and Neglect (1905)
- Child Abuse and Neglect (1904)
- Child Abuse and Neglect (1903)
- Child Abuse and Neglect (1902)
- Child Abuse and Neglect (1901)
- Child Abuse and Neglect (1900)

Systematic Review Artikel

www.core-info.cardiff.ac.uk/

- Sibert (2007) **Evidence in child protection**
- Maguire (2009) **Clinical features inflicted brain injury**
- Kemp (2009) **Neuroimaging in inflicted brain injury**
- Maguire (2011) **Probability of Abusive Head Trauma**
- Kemp (2002) **Investigating subdural haemorrhage**
- Kemp (2010) **Spinal injuries from physical abuse**

* Literaturliste abrufbar unter kindermisshandlung.de

Systematic Review Artikel

- Prosser (2005) **How old is this fracture? Radiologic dating**
- Kemp (2008) **Patterns of skeletal fractures**
- Maguire (2006) **Cardiopulmonary resuscitation & rib fractures...**
- Kemp (2006) **Radiological investigations to identify fractures...**
- Maguire (2005) **Patterns of bruising**
- Maguire (2005) **Can you age bruises accurately?**
- Kemp (2006) **Can we identify abusive bites on children?**
- Maguire (2008) **Features that indicate intentional scalds...**
- Maguire (2007) **Torn frenum and other intra-oral injuries...**

* Literaturliste abrufbar unter kindermisshandlung.de

Systematic Review- Evidence base Child Sexual Abuse

- Adams (2011) **Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: 2011 Update.**
- Berkoff (2008) **Has this prepubertal girl been sexually abused?**
- Pillai M (2008) **Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from an examination?**
- Shapiro (2011) **Evidence-based approach to Child sexual abuse findings.**
- Stoltenborgh (2011) **A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world.**

* Literaturliste abrufbar unter kindermisshandlung.de

Leitlinien*

- Reaffirmed January 2011:**
- Maltreatment of Children With Disabilities**
Roberta A. Hibbard, Larry W. Desch, and the Committee on Child Abuse and Neglect, and the Council on Children With Disabilities
Pediatrics 2007; 119: 1018-1025
- Reaffirmed January 2011:**
- Recognizing and Responding to Medical Neglect**
Carole Jenny and the Committee on Child Abuse and Neglect
Pediatrics 2007; 120: 1385-1389.
- Protecting Children From Sexual Abuse by Health Care Providers**
American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2011; 128: 407-426..

*abrufbar unter kindermisshandlung.de

Leitlinien*

- S1 Leitlinie **Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik.**
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie. AWMF (2011)
Registernummer 064/014.
- Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch.**
Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Klinische Rechtsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, publiziert in *Rechtsmedizin* 2011 - 21:479-482

*abrufbar unter kindermisshandlung.de

Sexueller Missbrauch

- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat* 16:79-101.
- Metaanalyse von 331 Studien, n=9,91 Mio (!)
- Kombinierte Prävalenzrate 12,7% (95% KI 10,7-15,0%)
- Weiblich 18,0%, (max in Australien); männlich 7,6%, (max. Africa)

Sexueller Missbrauch

- Thackeray JD, Horner G, Benzinger EA, Scribano PV. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics* 2011; 28:227-232
- Literaturreview ad Timing forensische Spurensicherung
- Bisherige wenig Gebrauch DNA-Nachweise
- Retrospektive Studie 388 Rape-Kits, 97 positiv, 18 < 10 J., davon 17 < 24h entnommen, 3 Restliche bis 54h, alle normale Untersuchungsbefunde, keine Ejakulation, FAZIT: Forensische Untersuchung auf DNA auch > 24h

Sexueller Missbrauch

- Girardet R, Bolton K, Lahoti S et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Rebecca *Pediatrics* 2011;128:233-238
- Ziel Stellenwert und Zeitrahmen für Forensik bei akutem Übergriff
- Korrelation körperlicher Befunde mit DNA-Ergebnissen
- Retrospektive Studie, Kinder < 13 J.
- 54% DNA + > 24h, Rest bis Max. 96h; davon 83% körperlicher Normalbefund
- 91% 10-13 J., 9% < 10 J., dann meist Nichtkörperabstriche
- FAZIT: DNA Abstriche auch > 24h entnehmen, keine Korrelation positiver DNA-Befunde mit körperlichem Untersuchungsbefund

Sexueller Missbrauch

- Jenny C. Emergency evaluation of children when sexual assault is suspected. *Pediatrics* 2011;128:374-375.
- Kommentar & Zusammenfassung: Auch wenn Ausbeute präpubertär gering, kann DNA Testung < 24h lohnen
- Trotz Abwägung organisatorischer, Ausbildungs- und finanzieller Schwierigkeiten und höherer Invasivität und Stress
- Auch wenn Untersuchungsbefunde normal und Anamnese inkomplett
- Forensische Untersuchung von Körper und Kleidung, Bettlaken etc.

Sexueller Missbrauch

- Unger ER, Fajman NN, Maloney EM et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: A multicenter study. *Pediatrics* 2011;128:e658.
- Prospektive Multicenterstudie (n=8 Zentren) Epidemiologie HPV bei CSA und Kontrollgruppen
- N=576, 90% weiblich; Vorstellung v.a. CSA; Kontrollgruppe n=42
- Vaginal-/Urinstentung per PCR auf 27 HPV-Subtypen
- 14 positiv klinisch Kondylome; Korrelation mit CSA lt. 2001 Adams
- Keine HPV DNA in der Kontrollgruppe
- Einige methodische Einschränkungen, erlaubt keine definitive Festlegung, stärkt aber die Indikation zu gründlicher Evaluation hinsichtlich CSA bei Vorliegen von Kondylomen

Sexueller Missbrauch

- Whaitiri S, Kelly P (2011) Genital gonorrhoea in children: Determining the source and mode of infection. *Arch Dis Child* 96:247-251.
- Retrospektiv 10 präpubertäre Mädchen mit GO
- 153 Kontaktpersonen gescreent, alle Positiven mit Konfirmationstest
- Trotz intensiver multiprof. Einschätzung kein Nachweis eines CSA in 4 Fällen; allerdings kein Hinweis auf nichtsexuelle Übertragungswege
- Stellt *bisherige Lehrmeinung der nahezu ausschließlich sexuellen Übertragung einer GO nicht in Frage!*

RTB/STS

- Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB et al. (2010) A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology* 117:983-992
- Systematischer und methodisch guter Review über Augenbefunde bei Kindesmisshandlung
- 971 Studien gesichtet, 88 reviewed, 20 inkludiert
- 560 Fälle mit 74% intraokulären Blutungen (51-100%), Sensitivität 77%
- Weitere Differenzierung der Lokalisation der Befunde
- Fazit: gute (Level II)-Evidenz der Korrelation RTB und AHT, aber nicht pathognomonisch

Diagnostik-Abdomen

- Raissaki M, Veyrac C, Blondiaux E, Hadjigeorgi C (2011) Abdominal imaging in child abuse. *Pediatr Radiol* 41:4-16.
- Gute aktuelle Übersicht über Radiologie unter o.g. Aspekt

STS

- Bell E, Shouldice M, Levin AV (2011) Abusive head trauma: A perpetrator confesses. *Child Abuse Negl* 35:74-77.
- *Kasustik eines Tätergeständnisses mit Bestätigung der Lehrmeinung über Abläufe beim Schütteln*

STS

- Gabaeff SC. Challenging the pathophysiologic connection between subdural hematoma, retinal hemorrhage and shaken baby syndrome. *West J Emerg Med* 2011;12:144-158.
- Ausführlicher, gut geschriebener, gut illustrierter Artikel
- Aber voller voreingenommener und einseitiger, selektiver Zitierung teils dubioser Literaturstellen

Kenne die notorischen Misshandlung-Skeptiker:

Squier , Waney/Oxford UK	STS-Skeptikerin
Paterson , Colin/Dundee UK	Temporary Brittel Bones
Geddes Jennian /London UK	Unified Hypothesis, Neuropathologin
Plunkett John/Hastings US	Letale niedrige Stürze
Gardener , Horace B./Co US	
Barnes , Patrick D/Ca US	STS-Skeptiker
Talbert , David/London UK	
Leestma , Jan Chicago US	
LeFanu , James/London UK	STS-Skeptiker, Allgemeinarzt

Knochen/Diagnostik

- Duffy SO, Squires J, Fromkin JB, Berger RP (2011) Use of skeletal surveys to evaluate for physical abuse: Analysis of 703 consecutive skeletal surveys. *Pediatrics* 127:e47–e52
- Retrospektiv 703 Skelettscreenings analysiert, median 8 Monate Alter
- 4 Tage bis 12 Jahre, 84% < 2 J., 65% < 1 J., 15% 2-5 J.
- 76/703 = 10,8% positiv, < 6 Monate 16,4% versus 6,8% aller Älteren
- 55% 1 #, 24% 2 #, 21% 3+ #
- Pat. Mit AHT hatten höhere Rate: 23% sowie bei ALTE
- Bislang größte Studie über SS; niedrigere Rate positiver Befunde als in bisherigen Studien

Knochen/Diagnostik

- Karmazyn B, Lewis ME, Jennings SG, Hibbard RA, Hicks RA (2011) The prevalence of uncommon fractures on skeletal surveys performed to evaluate for suspected abuse in 930 children: Should practice guidelines change? *AJR* 197:W159–W163.
- 930 Skelettscreenings < 2 Jahre, Median 6 Monate,
- 34% positiv, 923 Frakturen, 22% Long Bones, 10% Rippen
- WS, Becken, Hände, Füße kumuliert in 1,4% - alle mit weiteren Mh-Begleitbefunden
- Fazit: bisheriges Screening limitierbar ohne wesentlichen Informationsverlust; Vorschlag Guidelines zu ändern !?

Siehe auch:

Knochen/Diagnostik

- Sonik A, Stein-Wexler R, Rogers KK, Coulter KP, Wootton-Gorges SL. Follow-up skeletal surveys for suspected non-accidental trauma: Can a more limited survey be performed without compromising diagnostic information? *Child Abuse Negl* 2010;34:804–806.
- Limitierter Follow up des Röntgen Skelettscreenings ohne Informationsverlust möglich
- Dabei Exklusion von Schädel, Wirbelsäule, Becken, evtl. Hände

Radiologische Diagnostik

- Schuhmacher R, Navarro-Crummenauer B, Stenzel M (2012) Radiologische Befundqualität bei V.a. Kindesmisshandlung *Monatsschr Kinderheilkd* 160: 55-61
- Beurteilung der Qualität radiologischer Erstbeurteilung
- 28 Fälle (6 Wo-2 Jahre, Median 3,5 Mon.)
- 17 = 60% Dokumentation inkomplett, 1 Babygramm
- 15 = 53% Zahl der Frakturen nicht korrekt (3 x zuviele, 13 zuwenig)
- Fazit: Offensichtliche Defizite in der radiologischen Diagnostik

Knochenbefunde

- Schilling S, Wood JN, Levine MA, Langdon D, Christian CW (2011) Vitamin D status in abused and nonabused children younger than 2 years old with fractures. *Pediatrics* 127:835–841
- Prospektive Studie, n= 118 Vergleich Vit. D Status misshandelte nichtmisshandelte Kinder mit Frakturen nach gut definierten Mh-Kriterien
- Vitamin-D-Mangel in Mh-Gruppe (5%) ähnlich der akzidentellen Gruppe (9%), kein Unterschied der Vit. D-Spiegel, PTH, AP bzgl. Frakturzahl-typ
- Multiple Frakturen deutlich gehäuft bei Mh
- CAVE: Keller KA, Barnes PD (2008) Rickets vs. abuse: A national and international epidemic. *Pediatr Radiol* 38:1210-1216.

Intoxikationen

- Yin S. Malicious use of pharmaceuticals in children. *J Pediatr* 2010. DOI: 10.1016/j.peds.2010.05.040.
- Datenanalyse des US National Poison Data System 2000-2008
- 1439 von 21.4 Mio Intoxikationen "böswillig" zugefügt (0,007%)
- Median 2 J., 50% < 3 J., 21% < 1J.
- Moderat bis schwer 14%, letal 1,2% (n=18)
- In 97% Sedativa involviert (Opiode, Antihistaminika)
- Motive: Bestrafung, Ruhigstellung, MSbP, Mord
- Erste brauchbare epidemiologische Arbeit, bislang nur Kasuistiken

Intoxikationen

- Yin S (2011) Malicious use of nonpharmaceuticals in children. *Child Abuse Negl* 35:924–929.
- Datenanalyse des US National Poison Data System 2000-2008
- 4053 von 21.4 Mio Intoxikationen "böswillig" zugefügt
- Median 2 J., 50% < 3 J., 21% < 1J.
- CO, Pinien-Öl, Säuren, Reinigungsmittel
- Erste brauchbare epidemiologische Arbeit, bislang nur Kasuistiken

5. Termine

Bitte senden Sie uns Ihre Termine oder andere medizinische Kinderschutzfortbildungen an b.herrmann@t-online.de !

13. – 15. Oktober 2012, München – **Flyer anbei!**

Alte Kongresshalle, Theresienhöhe 15, 80339 München

Internationale KONFERENZ "Bindung und Jugend – Individualität, Gruppen und Autonomie

Infos: PD Dr. Karl-Heinz Brisch, karl-heinz.brisch@med.uni-muenchen.de

3. November 2012, 9-17h, Frankfurt-Höchst – **Flyer anbei!**

Klinikum Frankfurt Höchst, Gotenstr. 6-8, Gemeinschaftsraum (Gebäude A, 2. OG)

Internationales SYMPOSIUM für Kinder- und Jugendgynäkologie

Infos: [Flyer mit Programm](#) (pdf), www.KlinikumFrankfurt.de

10. November 2012, 11h, Frankfurt – **Flyer anbei!**

Universitätsklinikum der J.W. Goethe Universität, Haus 27, Hörsaal der Anatomie, Theodor-Stern-Kai 7

FACHTAGUNG Medizinische und rechtliche Probleme bei „Verdachtsdiagnose Kindesmisshandlung“

Info: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Rechtsmed.Inst. & Forensisches Forum; bratzke@em.uni-frankfurt.de

15. – 17. November 2012, Merseburg (Halle) **Leider schon ausgebucht – für 2013 rechtzeitig anmelden!**

(INTENSIVKURS "Grundbestand der Kinder- und Jugendgynäkologie") [Programm](#) (pdf)

21. 11. 2012, 16:30-18:30 Uhr, Paderborn

St. Vincenz-Krankenhaus, Husener Straße 81, 33098 Paderborn

FORTBILDUNG der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin: Kindesmisshandlung – Kinderschutz

(Referenten B. Herrmann, Kassel / B.Beckers, Paderborn)

Infos: PD Dr. med. Friedrich Ebinger, f.ebinger@vincenz.de

24.11.2012, 9:30-15:30, Jena – **Flyer anbei!**

Universitätsklinikum Jena-Lobeda, Hörsaal 2, Erlanger Allee 101, 07747 Jena Lobeda-Ost

Bildgebung bei der Frage nach Kindesmisshandlung

Fortbildungsveranstaltung AG Pädiatrische Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft

Infos: Nancy Schurlies, Sekretariat Pädiatrische Radiologie, nancy.schurlies@med.uni-jena.de

28.-31.1.2013, San Diego

The 27th Annual

SAN DIEGO International Conference on Child and Family Maltreatment

Infos: www.sandiegoconference.org/index.html

15.-16.3.2013, Kassel

11.Internationale KASSELER FORTBILDUNG Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

Infos: kindermisshandlung.de, dgfpi.de

18. - 20. April 2013, Berlin

8. BERLINER SYMPOSIUM für Kinder- und Jugendgynäkologie

Veranstalter Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Info: www.kjgberlin.de/

3.-4.5.2013, Landshut

5. WISSENSCHAFTLICHE JAHRESTAGUNG der Ag KiM

Infos: ag-kim.de

ISAM-Institut für Systemisches Aggressions-Management

SAM-Kurse: 6.-7.10. Hannover, 20.-21.10.; 27.-28.10. Güstrow

Informations-Abendveranstaltungen (jeweils 19h): 8.11. Berlin, 13.11. Kassel, 27.11. Dresden

Infos: www.institut-sam.de

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) – Geschäftsstelle - Adenauerallee 119 – 53113 Bonn;
Telefon: 0228 - 287 33326 - E-mail: info@ag-kim.de – Internet: www.ag-kim.de

Dr. med. Ingo Franke
Unikinderklinik Bonn
Schatzmeister

Dr. med. Bernd Herrmann
Kinderklinik Klinikum Kassel
1. Vorsitzender

Dr. med. Sylvester von Bismarck
Kinderchirurgische Klinik Berlin/Neukölln
2. Vorsitzender / Kongresspräsident 2011

Beitrittserklärung zur Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM)

Dr. Bernd Herrmann OA Kinder- und Jugendmedizin Kinderschutzambulanz Klinikum Kassel Mönchebergstr. 41-43 <u>34125 Kassel</u>	<u>oder per FAX:</u> 0561-980-6758
--	--

.....Knick für Fensterumschlag.....

Titel/Name, Vorname: _____

Beruf/Position: _____

Fachrichtung: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Mit den Zielen und der Satzung der AG KiM* erkläre ich mich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass die Adressdaten zu Zwecken der Vernetzung und zu internem Informationsaustausch – **nur innerhalb der AG KiM-** verwendet werden.

Ort, Datum Unterschrift

Bitte buchen Sie den Jahresbeitrag von derzeit 25.- € jährlich von meinem Konto ab:

Kto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber/in: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum Unterschrift

*unter www.ag-kim.de einsehbar

Weitere Angaben zu Art und Kontaktdaten der eigenen Kinderschutzarbeit
*(nur 1x pro Gruppe/Ambulanz etc. erforderlich; nicht erforderlich wenn Daten der AG KiM bekannt
-Übermittlung der Angaben per Mail bevorzugt)*

Bezeichnung: _____

Klinik: _____

Abteilung: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____

Website: _____

Ansprechpartner: _____

Evtl. weitere Mail-/Tel.daten/Ansprechpartner:

Kommentare: