publiziert bei AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF S3(+) Leitlinie

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

04.02.2019

EVIDENZAUFBEREITUNG

AWMF-Register-Nr. 027 - 069

Evidenzaufbereitung der Themenblöcken in alphabetischer Reihenfolge

Bildgebende Diagnostik 1
Differentialdiagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung 29
Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung 37
Entwicklungs- und Verhaltensauffälligeiten 60
Forensisches Interview 75
Frakturen 107
Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen 121
Geschwisterkinder 155
Hämatome 168
Informationsaustausch bei psychischer Belastung der Mutter 180
Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern* 195
Kindervorsorgeuntersuchung 218
Kooperation 230
Neonatales Drogenentzugssyndrom 251
OPS 1-945 275
Partizipation 294
Screeningverfahren 303
Sexueller Missbrauch 327
Therapie der Eltern 362
Untersuchung der Augen 375
Zahnärztliche Untersuchung 393
REFERENZEN 403

Bildgebende Diagnostik						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Burke, K et al. (2014). Question 1: Is ultrasound scanning as sensitive as CT in detecting skull fractures in children presenting following head injury? UK	Analytische Studie	Von 124 Artikeln wurden 4 Studien eingeschlossen. Studientyp: • 3 prospektive Beobachtungsstudien • 1 prospektive Kohortenstudie Einschlusskriterien: Studien mit Patienten ≤ 25 Jahre	Systematische Suche in Medline, PubMed und Embase und Referenzlisten ohne Angabe des Suchzeitraumes in allen Sprachen mit den Suchbegriffen ((Kopf ODER Schädel) UND (Fraktur ODER Verletzung) UND Ultraschall UND CT UND (Säugling oder Kind *)) gesucht.	Wie sensitiv ist die Untersuchung mit dem Ultraschall im Gegensatz zur Untersuchung mit dem CT für die Detektion von Schädelfrakturen?	Die 4 Studien verglichen die Untersuchung von Ultraschall und CT direkt. Rabiner et al. 2013 69 Patienten < 21 Jahre Sensitivity of 88% (95% CI 53% to 98%), a specificity of 97% (95% CI 89% to 99%). Positive likelihood ratio of 27, negative likelihood ratio of 0.13. Skull fracture prevalence 12%. Parri et al. 2013 58 Patienten < 18 Jahre Sensitivity of 100% (95% CI 88% to 100%), and specificity 95% (95% CI 75% to 100%). Positive likelihood ratio 13.8, negative likelihood ratio of 0.02. Skull fracture prevalence 63.5%. Reira and Chen et al. 2012 46 Patienten < 18 Jahre Sensitivity of 82% (95% CI 17% to 93%), specificity of 94% (95% CI 79% to 99%). Positive likelihood ratio 10.5, negative likelihood ratio 0.42. Skull fracture prevalence 24%.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Point-of-Care-Ultraschall kann verwendet werden, um Schädelfrakturen bei Kindern zu identifizieren, jedoch ist die Sensitivität nicht ausreichend, um sie für die routinemäßige Verwendung bei der Behandlung von Kopfverletzungen bei Kindern zu empfehlen, insbesondere angesichts der Inzidenz von intrakranialen Verletzungen ohne Schädelfraktur. Klinische Entscheidungen und CT-Bildgebung bleiben der Goldstandard. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Systematic Review ist nicht gut gemacht. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht hinterlegt, die Bewertung der Studien ist leider nicht nachvollziehbar, der Zeitraum der Suche und auch die Suchstrategie sind nicht aufgelistet. Inwieweit Empfehlungen aufgrund von Beobachtungsstudien erfolgen können, ist zu diskutieren.
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Nicht erkennbar **Schwächen:** Hoher selection bias (Alter der Patienten)

					Weinberg et al. 2010 212 Patienten < 25 Jahre Nur für Schädelfrakturen: Sensitiviät 100% (95% CI 20% to 100%), and Spezifität 100% (95% CI 79% to 99%).	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Jha, P et al. (2013).Optimizing bone surveys performed for suspected non-accidental trauma with attention to maximizing diagnostic yield while minimizing radiation exposure: utility of pelvic and lateral radiographs. USA	Retrospektive Kohorten-studie	Anzahl der Patienten: n= 530 Altersbereich 9 Tage bis 24 Monate mittleres Alter: 11,8 Monate Einschlusskriterien: • Patienten mit dem Diagnostik CPT Code 77075 und 77076, die ein Skelett Screening bei Verdacht auf nicht-akzidentelles Trauma erhalten hatten in der Zeit von Mai 2005 bis Mai 2011 Ausschlusskriterien: • Patienten, die ein Skelett Screening aufgrund von Skelettdysplasien erhielten oder das Screening als follow-up	Separate Befundung aller initialen Röntgen Skelett Screenings erfolgte hinsichtlich von Frakturen durch zwei erfahrenen Kinderradiologen. Bei dem einen Patienten mit vertebralen Kompressionen wurden klinische Symptome geprüft und zusätzlich das MRT befundet.	Gehören Röntgenaufnahmen des Beckens und der Wirbelsäule routinemäßig zum initialen Skelett Screening bei Verdacht auf Kindesmisshan-dlung?	Von den 530 Kindern hatten 223 Kinder (42,1%) Rippen- und Extremitätenfrakturen die verdächtig für ein nicht- akzidentelles Trauma waren. 307 Kinder hatten keine Frakturen im Röntgen. Es wurden keine Frakturen des Beckens gefunden. Es wurde bei einem Patienten (<0,2%) eine Kompressionsdeformität der Wirbelsäule in der seitlichen Wirbelsäulenaufnahme identifiziert. Dieses Kind hatte zusätzlich Frakturen der Rippen und Extremitäten und war klinisch Querschnittsgelähmt. Die Wirbelkörperfrakturen wurden im MRT bestätigt. Es wurden vier Frakturen der Mittelhand und neun Frakturen des Mittelfußes festgestellt.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das Skelett Screening bei Verdacht auf nicht-akzidentelles Trauma (NAT) umfasst auch die laterale Wirbelsäulen- und die Beckenansicht, die eine signifikante Strahlendosis aufweisen. Da sich kein einzelner Nachweis von Frakturen des Beckens und der lateralen Wirbelsäule in den initialen Skelettaufnahmen bei nicht-akzidentellem Trauma zeigten, erscheint eine routinemäßige Einbeziehung dieser Aufnahmen in die initiale Diagnostik nicht gerechtfertigt. Obwohl die Studie nicht die Region von Hand und Fuß umfasste, konnten in diesen Regionen Frakturen nachgewiesen werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Insgesamt eine anschauliche Anzahl von 530 ausgewerteten Röntgen-Skelett-Untersuchungen, wobei leider keine Konfirmation der Diagnose Misshandlung erfolgte.

EVIDENZLEVEL 2+		stattfand				**STÄRKEN:** Geringer selection bias **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kadom, N et al. (2014).Usefulness of MRI detection of cervical spine and brain injuries in the evaluation of abusive head trauma. USA	Retrospektive Kohorten-studie	<u>Anzahl der Patienten:</u> n= 74 Patienten wurden in die Studie eingeschlossen. 161 Kinder waren vorstellig und wurden von einem Kinderschutzmediziner gesehen. 85 von 161 Kindern erhielten ein MRT Schädel (53%) und 74 von 161 Kindern erhielten ein MRT von Schädel und Halswirbelsäule (46%). <u>mittleres Alter der 74 Kinder</u> • 164 Tage (Range, 20–679 Tage) <u>Geschlecht der 74 Kinder</u> • 43 Jungen (58%) und 31 Mädchen (42%) <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder < 3 Jahre, die zwischen 2008 und 2010 aufgrund eines Kopftraumas behandelt	<u>Management bei Verdacht auf AHT*:</u> Das Protokoll bei Verdacht auf AHT* sieht eine Meldung an den Kinderschutzmediziner der Klinik und u.a. die Durchführung eines Kopf CT ohne Kontrastmittel und ein MRT von Schädel und Halswirbelsäule vor. Darüber hinaus werden Sozialdienst und Strafverfolgungsbehörde informiert. Das Ziel einer multidisziplinären Untersuchung (medizinische, soziale Dienste, Strafverfolgung) ist es, zu bestimmen, welche Ursache der intrakranielle Blutung des Kindes ist. <u>Datenanalyse:</u> 4 radiologische Gutachter bewerten die radiologischen Befunde. Es erfolgte eine Verblindung in Bezug auf klinische Daten inklusive Beurteilung der Misshandlung. • 3 Gutachter bewerten das MRT von Schädel und Halswirbelsäule	Bestimmung von Inzidenz und Zusammenhang von Halswirbelsäulen- und Hirnverletzungen bei Kindern mit Verdacht auf eine Misshandlung.	<u>Outcome modifiziert nach Duhaime*:</u> Von 74 Kindern: n=26 Kinder mit akzidenteller Kopfverletzung n=38 Kinder mit AHT* (n = 18 vermutetes AHT*; n = 20 verdächtig für AHT*) n=10 Kinder mit undefinierten Kopftrauma Bei Kindern mit AHT* traten häufig Blutungen im Bereich der hinteren Schädelgrube (P = 0,01) und ein bilaterales hypoxisch-ischämisches Verletzungsmuster (P = 0,02) auf. 27 von 74 Kindern (35%) hatten Halswirbelsäulenverletzungen. MRT-Zeichen der Halswirbelsäulenverletzungen zeigten keine statistisch signifikante Beziehung zu AHT*.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Obwohl die Erkennung von Halswirbelsäulenverletzungen im MRT nicht zwischen akzidenteller und misshandlungsbedingtem Kopftrauma unterscheidet, kann es helfen, eine traumatische von einer nicht-traumatischen intrakraniellen subduralen Blutung zu unterscheiden. Empfohlen werden sollte ein zervikales MRT bei Kindern mit akuter intrakranieller Blutung und neben der dazugehörigen Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der augenärztlichen Untersuchung. Es gibt eine statistisch signifikante Beziehung zwischen diffusen hypoxisch-ischämischen Hirnverletzungen und misshandlungsbedingtem Kopftrauma. Die hohe Inzidenz von Halswirbelsäulenverletzungen bei Kindern mit hypoxisch-ischämischen Verletzungen deutet auf eine kausale Beziehung hin. Insgesamt kann eine erhöhte Durchführung von Hirn- und Wirbelsäulen-MRT bei Kindern zur Untersuchung eines misshandlungsbedingten Kopftraumas hilfreich sein. Um die Untersuchung und die Anästhesie für Patienten zu reduzieren, kann das Screening auf Weichgewebsverletzun-

		wurden • qualitative Daten von MRT Hirn und Halswirbelsäule müssen vorliegen • Beteiligung der Kinderschutzgruppe aufgrund des Verdachtes eines misshandlungsbedingten Kopftraumas <u>Auschlusskriterien:</u> • Kinder, die ein MRT von Hirn und Wirbelsäule aufgrund bekannter, nichttraumatischer medizinsicher Ursache erhielten • Kinder, die nicht von einem Kinderschutzmediziner gesehen wurden	• 1 Gutachter bewertet das Skelett-Screening und das CT Abdomen 1 Kinderschutzmediziner beurteilt die mögliche Misshandlung anhand der radiologischen, klinischen und anamnestischen Befunde. Die Beurteilung erfolgt modifiziert nach Duhaime** in 4 Kategorien*: Vermutete Misshandlung; verdächtige Misshandlung; Akzidentelle Verletzung; undefinierte Verletzung/Trauma			gen mit einer sagittalen fettunterdrückten T2-W MR-Sequenz durchgeführt werden. Als Best Practice zur Diagnosestellung eines misshandlungsbedingten Kopftraumas betrachten wir die sorgfältige medizinische Bewertung durch einer Kinderschutzmediziner und andere Subspezialisten mit ergänzender Informationsvermittlung an Gerichte und Sozialdienste. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nachvollziehbare retrospektive Kohortenstudie, die in der Klassifikation sicher misshandelte Kinder mit unverdächtig misshandelten Kindern zusammenführt. Weiterhin ist die neuroradiologische Auswertung nur zum geringen Teil verblindet.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Repräsentative Fallzahl an exponierten Kindern **SCHWÄCHEN:** Performance bias hoch anhand fehlender Verblindung der MRT Bewertung
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2006).Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child	Systematic Review	Von 1.831 wurden 34 Studien eingeschlossen (Fallserien, Kohortenstudien und RCTs) Die Studienpopulation lag bei 13 bis 261 Kinder.	Systematische Suche von 1950-Oktober 2005 in 10 Datenbanken in allen Sprachen. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander basierend der Empfehlung des NHS Centre for Re-	Welche radiologischen Untersuchungen sollten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt werden?	34 Studien wurden aufgenommen und nach folgenden Fragestellungen untersucht: <u>Welche der beiden Untersuchungen (Röntgen oder Szintigraphie) hat eine höhere Aussagekraft?</u> Von den 34 Studien beschäftigten	Schlussfolgerung der *Autorinnen/Autoren der Studie*: Bei Kindern unter 2 Jahren mit dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung, sollte die diagnostische Bildgebung des Skeletts obligatorisch sein. Skelett-Röntgen oder Skelett-Szintigraphie allein ist unzureichend,

abuse? UK		Einschlusskriterien: • Studien von Kindern < 18 Jahre, die radiologische Untersuchungen zur Identifizierung von Knochenbrüchen bei vermutetem Kindesmissbrauch hatten Ausschlusskriterien: • Übersichtsartikel, Konsensus-Beschlüsse, Expertenmeinungen • Studien, in denen Einzelheiten über Kinder nicht aus gemischten Altersdaten zur Analyse extrahiert werden können; Studien mit unzureichenden Angaben der Untersuchungsergebnisse • postmortem Studien	views and Dissemination bewertet. Bei allen relevanten Studien wurde die Qualität der Evidenz nach folgenden Kriterien bestimmt: Studiendesign, Einteilung des Skelett-Röntgen nach 5 Graden, Methodik der Skelett-Szintigraphie		sich 15 Studien mit dieser Frage und zeigten widersprüchliche Ergebnisse für beide Untersuchungen. Der Nachweis von Schädel-, Metaphysen- und Epiphysenfrakturen ist geringer in der Szintigraphie und der Nachweis von Rippenfrakturen ist geringer im Röntgen. Bei Durchführung einer Untersuchung alleine können Hinweise auf okkulte Frakturen fehlen. Fördert die Wiederholung des Skelett-Röntgen die Detektion? Von den 34 Studien zeigten 2 Studien, dass eine Wiederholung des Skelett-Röntgen zwei Wochen nach der ersten Untersuchung zusätzlich signifikante Informationen zu Anzahl und Alter der Frakturen lieferte. (Kleinman et al. 1996. AJR: In 61% follow-up skeletal surveys provided additional information about the age of fractures and the number of fractures identified which increased by 27% ($p < 0.005$). Welche Aufnahmen gehören zum Skelett-Röntgen? Von den 34 Studien beschäftigten sich 13 Studien mit dieser Frage. Eine vergleichende Studie zeigte bei 73 Kindern, dass zusätzliche schräge Röntgenaufnahmen der Rippen eine verbesserte diagnostische Sensitivität, Spezifität und Genauigkeit. (Ingram et al. 2000. Emerg Radiol: compares the sensitivity, specificity and accuracy of traditional two-view chest	um alle Frakturen zu identifizieren. Es wird empfohlen, dass das Skelett Röntgen auch schräge Aufnahmen der Rippen enthalten sollte. Das Review, dass folgende Möglichkeiten nach prospektiver Auswertung die diagnostischen Ergebnisse verbessern würde: Skelett Röntgen mit schrägen Aufnahmen, Röntgen und Szintigraphie des Skeletts, Wiederholung des Skelett Röntgen, bzw. Wiederholung ausgewählter Aufnahmen nach 2 Wochen oder eine Skelett-Szintigraphie mit Schädelradiographie und Zentralstrahlaufnahmen von Metaphysen und Epiphysen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Review hat klinisch relevante Fragen gestellt und auch beantwortet. Allerdings ist die Einzelbewertung der Studien nicht immer transparent. Die Studien sind sehr heterogen, da u.a. die Einschlusskriterien weit gefasst waren. Es liegt ein Update des Reviews vor.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Valide Erfassung der Patientendaten **SCHWÄCHEN:** Mittlerer selection bias, da Ein- und Ausschlusskriterein eher zu heterogenen Kohorten führte. Retrospektive Studien

					radiography [anteroposterior (AP) and lateral] with a four-view assessment that included two additional oblique views of the ribs in 73 children. This technique improved the sensitivity by 17% (95% CI 2e36%; p ¼ 0.18), and specificity by 7% (95%CI 2e13%; p ¼ 0.004). Ein Skelett-Screening muss umfassend sein. Aufnahmen der Metaphysen und schräge Aufnahmen der Rippen maximieren den Nachweis okkulter Frakturen. <u>Welche Kinder sollten auf okkulte Frakturen untersucht werden?</u> Von den 34 Studien versuchten 4 Studien die Ergebnisse des Skelett-Screenings daraufhin zu untersuchen. Die Ergebnisse waren unzureichend, für die Notwendigkeit der Untersuchung von Geschwistern misshandelter Kinder, Kindern mit Verbrennungen, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder ältere behinderte Kinder. Der Nachweis okkulter Frakturen zeigte sich vor allem bei Kindern im Alter unter 2 Jahren. <u>Welche anderen bildgebenden Verfahren verbessern die Diagnose okkulter Frakturen?</u> Fallstudien deuten darauf hin, dass sowohl der Ultraschall als auch das MRT eine wertvolle Ergänzung sein kann.	

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Kemp, AM et al. (2009).What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. UK	Systematic Review	Von 320 relevanten Artikel wurden 18 Studien eingeschlossen. <u>Studientyp</u> • 2 Querschnittsstudien • 16 Fall-Serien <u>Anzahl der Patienten</u> n= 367 Kinder <u>Alter der Patienten</u> Das Durchschnittsalter aller Fälle war in 15 der 18 Studien verfügbar und variierte zwischen 3 und 14 Monaten mit einem mittleren Alter von 7,84 Monaten. In 2 Studien wurden Kinder bis 15 Jahre untersucht und in den anderen 16 Studien lag das Patientenalter bei bis zu 4 Jahren. <u>Einschlusskriterien:</u> • Primärstudien von Kindern < 18 Jahre, bei denen ein CT und weitere Untersuchungen wie Folge-CT, MRT oder Ultraschall zum Nachweis eines iBI* (inflicted brain injury) erfolgte	Systematische Suche von 1970 bis 2008 in 20 Datenbanken und 4 Websites in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al..	Suche nach der optimalen neuroradiolo-gischen Untersuchungsstrategie, um iBI* zu identifizieren. Ziel der Studie war es, den relativen Wert einer zusätzlichen MRT-Untersuchung auf die anfängliche CT-Untersuchung zu analysieren und den Anteil der Fälle abzuschätzen, in denen ein zusätzlicher MRT ergänzende Informationen zu einer initialen CT-Untersuchung liefern würde.	<u>Vergleich cCT und MRT</u> In 3 Studien wurde bei 73 der 128 Kinder eine zusätzliche MRT-Untersuchung durchgeführt. Bei 32 dieser Kinder ergaben sich neue Informationen durch das MRT (25%; 95% CI: 18.3 bis 33.16%) bei initial im CT nachgewiesenen subduralen Hämatomen oder anderen intrakraniellen Anomalien aufgrund eines iBI. In 7 Studien wurde bei 66 der 115 Kinder eine zusätzliche MRT-Untersuchung durchgeführt. Die zusätzlichen Befunde waren weitere subdurale Hämatome, Subarachnoidalblutung, Scherverletzung, Ischämie und Infarkte. Außerdem konnte Informationen zur Datierung der Verletzung beigetragen werden. <u>Was ist der Wert der Diffusionsgewichteten Bildgebung (DWI)?</u> In 4 Studien wurden Daten von 30 Kindern < 2 Jahre erhoben, die zeigten dass das DWI zusätzliche Erkenntnisse zum konventionellen MRT liefert. Diffusionsgewichtete Bilder (DWI) verstärkten die Abgrenzung von ischämischen Veränderungen und können zur Prognose beitragen. <u>welche Rolle spielen Folge-CT-Untersuchungen?</u>	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Bei einem akut kranken Kind beinhaltet die optimale Bildgebungs-Strategie ein initiales CT, gefolgt von einem frühen MRT / DWI, wenn das initiale CT auffällig ist oder klinische Bedenken bestehen. Auch welche Rolle die Durchführung eines MRT / DWI spielt, wenn das initiale CT unauffällig ist und das Kind gesund ist, bleibt ungeklärt. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gutes systematisches Review zur Frage der zerebralen Diagnostik bei Verdacht auf Misshandlung. Es wird im Einzelnen nicht auf technische Voraussetzungen eingegangen.
Evidenzlevel 2++						**Stärken:** Geringer selection bias trotz Großteil an Fallserien; selection bias ist wegen sehr gute Ein- und Ausschlusskriterien gering; die Fälle sind vergleichbar; eine systematische Aufarbeitung bezogen auf das Outcome ist möglich **Schwächen:** Keine Kontrollgruppe

		• Studien zur diagnostischen Evaluation von MRT, zusätzlich zur initial durchgeführten CT oder Verlaufs-CT oder Ultraschall bei Kindern mit iBI* • Kategorie 1 bis 3 für Konfirmation der Diagnose Misshandlung nach Maguire et al.** <u>Ausschlusskriterien:</u> • Konsensusbeschlüsse, persönliche Statements, Einzelfallstudien • postmortem Studien • Studien zu Komplikationen, Management und Prognose von iBI* • Studien aller Altersklassen, bei denen die Daten der Kinder nicht zu extrahieren sind • Studien mit fehlenden Daten zu zur Bildauswertung, bzw. adäquaten Vergleich zwischen CT und MRT oder methodischen Fehlern • Studien, die die Erkenntnisse auf einem ersten CT-Scan oder MRT alleine behandeln • Studien zur Bewertung von Neuroimaging-Techniken, die für die			In 4 Studien wurden Daten von 80 der 131 Kinder untersucht, die ein Verlaufs-CT erhielten. Studien zu Verlaufs-CTs variieren in Timing und Qualität. Keine dieser Studien verglich die Ergebnisse von cCT mit einem MRT / DWI. Inwieweit eine Wiederholung des CT eine Rolle spielt, wenn ein frühes MRT durchgeführt wird, ist unklar. <u>Gibt es eine Rolle für hochauflösenden Ultraschall?</u> 3 Studien beschäftigten sich mit der Rolle des hochauflösenden Ultraschalls bei 21 Kindern. Es konnte keine Aussage getroffen werden.	

		aktuelle Praxis nicht relevant sind • Studien von Kopfverletzungen beschränkt auf isolierte Schädelfrakturen, Kopfhautverletzungen oder Verletzungen der Wirbelsäure				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kemp, AM et al. (2010). What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: A systematic review.	Systematic Review UK	Von 8992 Artikeln wurden aus 780 relevanten Studien 19 kleine Fall-Serien eingeschlossen. Anzahl der Patienten: n= 25 Kinder Studientyp: Fallserien Einschlusskriterien: • Primärstudien von Kindern ≤18 Jahre mit misshandlungsbedingter Wirbelsäulenverletzung, die radiologisch (Röntgen/CT/MRT) bestätigt wurde • Studien mit klarer radiologischer Dokumentation • Studien, die die Misshandlung bestätigten (Konfirmation der Diagnose Misshandlung nach Maguire et al.**)	Systematische Suche von 1950 bis Februar 2009 in zahlreichen Datenbanken, Konferenzabstracts, Websites und Lehrbüchern in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al.**.	Suche nach radiologischen und klinischen Merkmalen bei misshandlungsbedingten Wirbelsäulenverletzungen.	Die 19 eingeschlossenen Studien liefern Daten zu 25 Kindern. 12/25 Kinder hatten eine Verletzung im Halsbereich. Alter: Median 5 Monate Bei 7 Kindern waren die klinischen Zeichen der Verletzung durch respiratorische Symptome maskiert; 6 der Kinder hatten zusätzlich ein misshandlungsbedingtes Kopftrauma. 12/25 Kinder hatten eine Verletzung thorako-lumbal. Alter: Median 13.5 Monate 10/12 mit Läsionen T11–L2 und 9/12 mit dislozierten Frakturen. Alle Kinder hatten fokale klinische Zeichen: 10/12 hatten Schwellungen thoraco-lumbal und 2/12 hatten eine fokale Neurologie. 1/25 Kind hatte sowohl Verletzungen im Hals-, Thorax- und Sakralbereich. 16/25 Kinder hatten weitere Frak-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Wirbelsäulenverletzungen sind bei Säuglingen und Kleinkindern eine potentiell verheerende Verletzung und die evidenzbasierenden Veröffentlichungen dazu sind begrenzt. Die systematisch dazu ausgewählten Fall-Serien führen zu folgender Empfehlung: Jeder klinische oder radiologische Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung rechtfertigt eine MRT-Untersuchung. Bei Kindern, bei denen ein MRT des Schädels aufgrund eines misshandlungsbedingtem Kopftrauma durchgeführt wird, sollten auch eine MRT-Untersuchung der Wirbelsäule erhalten. Das Skelett-Screening bei Kindern mit Verdacht auf Misshandlung sollte seitliche Aufnahmen von Hals- und Thorax-Lendenwirbelsäule beinhalten. Weitere prospektive Vergleichsstudien würden helfen diskriminierende Merkmale für misshandlungsbedingte Wirbelsäulenverletzungen zu definieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*:

		• Studien mit Kindern, die bei der Aufnahme lebten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Expertenmeinung • Studien aller Altersklassen, bei denen die Daten der Kinder nicht zu extrahieren sind • postmortem Studien			turen.	Misshandlungsbedingte Wirbelsäulenverletzungen sind als seltene Verletzungsart systematisch anhand von Fall-Serien ausgewertet worden und liefern Informationen zur Thematik, auch wenn eine Anzahl von 25 Kindern klein ist. Prospektive Studien, die sich der Thematik nach 2010 widmen sind uns nicht bekannt. Der Empfehlungen zum MRT der Wirbelsäule und dem Röntgen der seitlichen Wirbelsäule im Röntgen Skelettscreening kann angesichts der Seltenheit und der Klinik misshandlungsbedingter Wirbelsäulenverletzungen nicht gefolgt werden.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Geringer selection bias über die gut formulierten Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Aufgrund der seltenen Verletzungsmuster ist nur eine Bewertung über Fallserien möglich; es gibt keine Kontrollgruppe
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2011). Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review.	Systematic Review	Von 5764 relevanten Artikeln wurden 21 Studien eingeschlossen. <u>Studientyp:</u> • 18 Vergleichsstudien • 1 Fall-Kontrollstudie • 2 vergleichende Fallserien <u>Anzahl der Patienten:</u>	Systematische Suche von 1970 bis Februar 2010 in 14 Datenbanken, 4 Websites, Lehrbüchern, Konferenzabstracts in allen Sprachen. Die Literatur enthält eine Vielzahl von Begriffen für AHT*, wie z. B. inflicted head trauma, non-accidental head injury, shaken baby syndrome and inflicted	Suche nach neuroradiologischen Merkmalen zur Unterscheidung von AHT* und nAHT*.	Es wurden 21 Studien eingeschlossen, bei denen eine Analyse von Kindern <3 Jahre möglich war. Von den 2353 Kindern gab es 893 Fälle von AHT* und 1460 von nAHT*. Ursachen bei nAHT* waren bei 96% ein akzidentelles Trauma und bei 4% bestanden organische Ursachen oder ein Geburtstrauma.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Mehrere subdurale Blutungen im Bereich der äußeren Hirnoberfläche, interhemisphärischisch und in der hinteren Schädelgrube, hypoxisch-ischämische Verletzungen und Hirnödem sind signifikant für misshandlungsbedingtes Kopftrauma und sollten zusammen mit klinischen Merkmalen bei der Identifizierung der Bedingung

UK		n= 2353 Kinder <u>Alter der Patienten:</u> • 18 Studien: Analyse möglich für Kinder ≤ 3 Jahre • 1 Studie: Kinder ≤ 16 Jahre • 2 Studien mit Fallserien, so dass kein Alter festzulegen ist <u>Charakteristika der Studien:</u> • 8 Studien: Kinder mit Kopfverletzungen • 7 Studien: Kinder mit traumatischen Hirnverletzungen • 6 Studien: Kinder mit subduralen Blutungen <u>Einschlusskriterien:</u> • Primärstudien von Kindern <11Jahre, die mit einer intrakraniellen Verletzung behandelt wurden • Studien, in denen die intrakranielle Verletzung nach AHT* oder nAHT* beurteilt wurde • Studien, in denen die intrakranielle Verletzung anhand von CT oder MRT gestellt wurde <u>Ausschlusskriterien:</u>	head injury. Die Literatursuche umfasste alle Begriffe und fürdie Konsistenz wurde der Begriff AHT* im Einklang mit dem Vorschlag der American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (“an inflicted injury to the head and its contents”) verwendet. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al.**.		<u>Neuroradiologische Merkmale (OR immer für AHT*):</u> • Subdurale Blutungen waren signifikant für AHT*. (OR 8.2, 95% CI 6.1 bis 11) SDH als hypodense Blutung waren häufiger bei AHT* als in nAHT*. • Subarachnoidale Blutungen waren nicht diskriminierend für AHT*. • Extradurale Blutungen waren signifikant für nAHT*. (OR für AHT* 0.1, 95% CI 0.07 bis 0.18). • Mehrere subdurale Blutungen waren signifikant für AHT*. (OR 6, 95% CI 2.5 bis 14.4), interhemisphärisch (OR 7.9, 95% CI 4.7 bis 13), äußere Hirnoberfläche (OR 4.9, 95% CI 1.3 bis 19.4) und hintere Schädelgrube (OR 2.5, 95% CI 1 bis 6). • Hypoxische Ischämie war signifikant für AHT*. (OR 3.7, 95% CI 1.4 to 10) • Hirnödem war signifikant für AHT*. (OR 2.2, 95% CI 1.0 to 4.5) • Fokal parenchymale Verletzungen waren nicht diskriminierend für AHT*.	betrachtet werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes systematisches Review. Das zeigen konnte, dass einzelne Verletzungsmerkmale gehäuft bei Kindern mit Misshandlung auftreten, es jedoch leider unmöglich ist, eine kumulative Risiko Analyse für Kombinationen von Verletzungsmerkmalen bei Schädelhirntraumata festzustellen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Geringer selection bias über gut vergleichbare Fall- und Kontrollgruppen **SCHWÄCHEN:** Confounder bei der kumulativen Risiko-Analyse der Verletzungsmerkmale

		• Übersichtsartikel, Expertenmeinung • postmortem Studien				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kleinman, PK. (2013).Yield of radiographic skeletal surveys for detection of hand, foot, and spine fractures in suspected child abuse. USA	Retrospektive Kohorten-studie	Anzahl der Patienten: n= 365 Altersbereich 0,194 Monate bis 1,96 Jahre Einschlusskriterien: • Kinder < 2 Jahre mit initialen Skelett-Screening nach ACR* zwischen April 1988 und Dezember 2001	Auswertung der initialen Skelett- Screening nach Standard der ACR* für alle Kinder < 2 Jahre mit Verdacht auf Misshandlung zwischen April 1988 und Dezember 2001. Die Frakturen von Wirbelsäule, Händen oder Füßen wurden einzeln erfasst und prozentual auf alle Untersuchungen, als auch auf die positiven Untersuchungen und die positiven Untersuchungen mit mehr als einer Fraktur bezogen. Alle anderen Frakturen außerhalb der benannten Regionen wurden tabellarisch erfasst.	Beurteilung der Prävalenz von Frakturen der Wirbelsäule, Hände und Füße der Skelett- Screening nach Standard der ACR* in Fällen von Verdacht auf Kindesmiss-handlung.	Von 365 Untersuchungen zeigten 38% (140/365) keine Frakturen und 62% (225/365) zeigten Frakturen und waren positiv. Von den positiven Befunden hatten 53% (127/225) nur eine einzige Fraktur und 44% (98/225) hatten mehr als eine Fraktur. Von 365 Untersuchungen zeigten 20 Untersuchungen (5,5%) Frakturen der Wirbelsäule, Hände oder Füße. Bezogen auf die positiven Untersuchungen waren 8,9% (20/225) Frakturen der Wirbelsäule, Hände oder Füße. Von allen Patienten mit mehr als einer Fraktur hatten 20,4% (20/98) Frakturen Wirbelsäule, Hände oder Füße Frakturen der Wirbelsäule • insgesamt 25 Frakturen festgestellt • bezogen auf die 10 positiven Untersuchungen für die Wirbelsäule ist dies ein Mittelwert von 2,5 Frakturen pro Patient (1-3 Frakturen pro Patient) • mittlere Patientenalter: 10,9 Monate (Bereich 2,5-22,4 Monate) Frakturen der Hände • insgesamt 10 Frakturen festgestellt • bezogen auf die 5 positiven Unter-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Diese Daten, die während der Film-Bild-Ära erhoben wurden, deuten darauf hin, dass Frakturen der Wirbelsäule, Hände und Füße nicht selten bei Säuglingen und Kleinkindern bei Verdacht auf Kindesmisshandlung sind. Auf der Grundlage der verfügbaren Daten empfehlen wir, dass alle Kinder, die jünger als 2 Jahre sind, mit Verdacht auf körperliche Misshandlung weiterhin dem aktuell empfohlenen Skelett-Screening (Standard ACR*) unterzogen werden, die auch die Aufnahmen von Händen und Füßen und die seitliche Aufnahmen der Wirbelsäule enthalten. Die Strahlenbelastung der Aufnahmen von Händen und Füßen macht weniger als 5% der Gesamtbelastung des Skelett-Screenings aus und die Untersuchungszeit ist gering. Eine Entfernung dieser Aufnahmen führt zu keiner globalen Beeinträchtigung des Skelett-Screenings und scheint den Aufnahmen des Standardprotokolls wenig Nutzen zu bringen. Die Entfernung dieser Regionen aus dem Skelett-Screening sollte sorgfältig gegen die entstehenden Kosten bei fehlender Erkennung von potentiellen

					suchungen für die Hände ist dies ein Mittelwert von 2,0 Frakturen pro Patient (1-4 Frakturen pro Patient) • mittlere Patientenalter: 14,1 Monate (Bereich 5,6-22,4 Monate) Frakturen der Füße • insgesamt 9 Frakturen festgestellt • bezogen auf die 6 positiven Untersuchungen für die Füße ist dies ein Mittelwert von 1,5 Frakturen pro Patient (1-3 Frakturen pro Patient) • mittlere Patientenalter betrug 10 Monate (Bereich 1,3 - 13,6 Monate)	Verletzungen bei Kindern abgewogen werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Schlüssige Querschnittsstudie mit hoher Fallzahl von 365 Patienten, von denen 10 Kinder 1-3 Wirbelsäulenfrakturen hatten (3,6% aller Patienten). Strahlenbelastung wird in der Schlussfolgerung erwähnt, jedoch nicht weiter erläutert.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Gute Vergleichbarkeit der Kinder mit und ohne Frakturen; geringer selection bias in dieser Kohorte **SCHWÄCHEN:** Retrospektive Studie
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, SA et al. (2013).A systematic review of abusive visceral injuries in childhood--their range and recognition. UK	Systematic Review	Von 5802 Artikeln wurden 188 relevante Studien überprüft und 88 Studien eingeschlossen. Von den 88 Studien behandelten 64 Studien abdominelle Verletzungen. Studientyp: • 81 Fall-Serien und Fall-Studien • 6 Querschnittsstudien • 1 unkontrollierte retrospektive Kohortenstudie Einschlusskriterien: • Studien mit Kindern	Systematische Suche in 12 Datenbanken mit Snowball-Technik von 1950 bis 2011in allen Sprachen. Datenextraktion basierend der Empfehlung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al.**	Suche nach Merkmalen von misshandlungsbedingten viszeralen Verletzungen und Überprüfung von Screening-Verfahren für Bauchverletzungen bei misshandelten Kindern.	Von 88 eingeschlossenen Studien behandelten 64 Studien Bauchverletzungen. Es waren jedoch auch andere viszerale Bereiche durch misshandlungsbedingte Verletzungen betroffen. • Kinder mit misshandlungsbedingter Bauchverletzung waren jünger (2,5-3,7 Jahre vs. 7,6-10,3 Jahre) als akzidentell verletzte Kinder. • Intrathorakale Verletzungen waren bei Kindern < 5 Jahre häufiger. • Duodenalverletzungen fanden sich häufiger bei Kindern < 4 Jahre. • Leber- und Pankreasverletzungen fanden sich häufig als potenzielle Pankreas-Pseudozystenbildung. • Bauchwandhämatome fehlten in bis	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Viszerale Verletzungen betreffen alle Organe des Körpers, treten aber bevorzugt im Abdomen auf. Bei einem Kind < 5Jahre mit Duodenal-Trauma ohne Verkehrsunfall, muss als Ursache eine Misshandlung in Betracht gezogen werden. Es liegt keine Evidenz für eine Screening-Strategie für viszerale Verletzung bei misshandelten Kindern vor. Es ist angeraten, junge Kinder mit dem Verdacht auf Misshandlung aufmerksam zu betrachten, da fehlende blaue Flecken oder spezifische Symptome viszerale Verletzungen nicht ausschließen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*:

		von 0 bis <18 Jahren • Studien mit lebend oder verstorbenen Kindern bei der Vorstellung • bestätigte Verletzung durch einen oder mehrere der folgenden: •Computertomographie (CT) mit oder ohne KM • Studien mit Bestätigung der Diagnose Misshandlung <u>Ausschlusskriterien:</u> • Studien mit gemischter Populationen, bei denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien mit unzureichenden klinischen Details der Fälle • Studien mit einer Mischung aus misshandlungsbedingten und akzidentellen Verletzungen und die Gruppen nicht unterschieden werden können • Studien, die sich ausschließlich mit dem Ergebnis / Management von viszeralen Verletzungen befassen • Studien mit Verletzungen durch sexuellen			zu 80% derjenigen mit Bauchverletzungen. Es bestand eine Co-Existenz von Verletzungen mit Frakturen, Verbrennungen und Kopfverletzungen • Postmortem-Studien ergaben, dass abdominelle Verletzungen im Vorfeld nicht bekannt waren. Die Mortalität der Kinder misshandlungsbedingter Bauchverletzungen war deutlich höher als bei akzidentellen Verletzungen (53% gegenüber 21%) <u>Screening von misshandlungsbedingten Bauchverletzungen</u> Damit befassten sich 3 Studien, bei denen eine Metaanalyse aufgrund fehlender standardisierter Untersuchungen nicht möglich war:• Lindberg et al. untersuchte klinische Zeichen und Labortest bei 1676 Kindern mit misshandlungsbedingter Bauchverletzung, wobei nur bei 255 der 1676 Kinder eine einheitliche Testung stattfand (CT, MRT, Chirurgen oder postmortem Untersuchung). Sie stellten fest, dass Aussagen zu Weichheit, Distension, Blutergüsse des Abdomens und abnorme Darmgeräusche eine Wahrscheinlichkeit von ≥5 für misshandlungsbedingte Bauchverletzungen gaben. • Hilmes et al. zeigte in einer retrospektiven Studie für misshandelte Kinder < 5 Jahre Anomalien für 35	Systematisch gut gemachtes Review bei wenig untersuchten Fällen von misshandlungsbedingten viszeralen Verletzungen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Selection wurde gering gehalten über die eng gefasste Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Kontrollgruppe ist gering; hohe Anzahl an Fallserien

		Missbrauch wie ano-genitale und rektale Verletzungen			von 84 Kinder im CT des Abdomens. Die Distension Abdomen (p = 0,03) und Blutergüsse des Abdomens (p = 0,003) waren signifikant für eine Bauchverletzung • Coant et al. und Lindberg et al. zeigten, dass positive Befunde im Abdomen-CT positive serologische Enzymwerte hatten	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Maguire, SA et al. (2013).What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse, An overview of review updates 2005-2013. UK	Update zweier Systematic Reviews mit einer Metaanalyse	Von 2.681 Studien wurden 32 Studien eingeschlossen. Davon befassten sich 23 Studien mit der radiologischen Diagnostik (Update von 1, siehe Intervention) und 9 Studien mit den Misshandlungsmerkmalen von Frakturen (Update von 2, siehe Intervention). <u>Einschlusskriterien:</u> • Primärstudien • Kinder im Alter von 0-17 Jahren (Ranking 1-3 bei Definition Misshandlung) • Vergleichende Studien von Kindern mit Frakturen des Schädels, des	Update von: 1. Kemp et al. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clin Radiol 2006; 61:723–736. und 2. Kemp et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. Br Med J 2008; 337: a1518. Systematische Suche von 2005 bis 2013 in 14 Datenbanken in allen Sprachen mit Hilfe von überarbeiteten Keywords. Alle Studien wurden einer standardisierten kritischen Bewertung durch zwei unabhängige Gutachter unterzogen. Bei allen relevanten Studien wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es be-	Update folgender Fragen: 1. Welche radiologischen Untersuchungen sollten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt werden? 2. Suche von Merkmalen bei Frakturen, um eine Misshandlung zu identifizieren und um die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für einzelne Frakturtypen zu berechnen.	Von 32 Studien befassten sich 23 Studien mit der radiologischen Diagnostik und 9 Studien mit Misshandlungsmerkmalen bei Frakturen. <u>Radiologische Untersuchungen:</u> Bei nur einer einzelnen Untersuchung von Skelett-Röntgen oder Skelett-Szintigraphie fehlt der vollständige Nachweis von misshandlungsverdächtigen Frakturen. <u>Wiederholung Skelett Röntgen:</u> Das ursprüngliche Systematic Review und nationale Standards aus UK und USA* empfahlen die Wiederholung des Skelett-Röntgen (ohne Aufnahmen des Schädels) nach 11-14 Tagen bei initial unauffälligen Skelett-Röntgen und bestehenden klinischen Bedenken oder die Durchführung einer Skelett-Szintigraphie zur Identifizierung von „Hot Spots“ nach erfolgtem initialen Skelett-Röntgen. Ab 2006 sind zur Wiederholung des Skelett-Screenings 6 retrospektive	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die zugefügte Literatur validiert die ursprünglichen Schlussfolgerungen zur Wiederholung des Skelett-Screenings und fügt wichtige Informationen über Frakturen hinzu. Vergleichende Untersuchungen von Femur-, Humerus-, Rippen- und Schädelfrakturen ermöglichten eine Metaanalyse nach Alter des Kindes, jedoch sind weitere Vergleichsstudien erforderlich. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Sinnvolles Update zu bereits bekannten Systematischen Reviews aus Cardiff und dem Vermerk auf die Internetseite CORE-Info.de, die eine weitere Aktualisierung zum Thema bis Februar 2015 bereitstellt.
Evidenzlevel 2++						**Stärken:** Geringer selection bias; quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse (Berechnung, gepoolter Schätzer,

		Femurs, des Humerus oder der Rippe • Vergleichende und nicht-vergleichende Studien zu anderen misshandlungsbedingten Frakturtypen • Kinder, die radiologische Untersuchungen zur Erkennung knöcherner Frakturen bei vermuteter Misshandlung hatten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Persönliche Erfahrungen • Übersichtsartikel • Studien aller Altersgruppen, in denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien mit ausschließlich Daten von nicht misshandelter Kinder • Studien mit dem Rang der Misshandlung von 4 und 5 oder gemischte Ränge, in denen relevante Fälle nicht extrahiert werden können • Studien, die nur okkulte Frakturen untersuchen	stand ein Ranking von 1-5. Außerdem wurde die Qualität des Skelett-Screenings beurteilt Durchführung einer Metaanalyse, stratifiziert nach Alter, um den prädiktiven Wert für eine Misshandlung von spezifischen Frakturen zu bestimmen.		Studien bekannt mit heterogenen Daten. Bei 8,4-37,6% der untersuchten Kinder führt die Wiederholung des Skelett-Röntgen zu neuen Informationen, die das Kinderschutzverfahren beeinflussen. <u>Skelett Röntgen und Patientenalter:</u> Es liegen keine prospektiven Studien zur Bestimmung eines positiven prädiktiven Wertes einer speziellen Fraktur vor. Die Empfehlung zur Durchführung eines Skelett-Screenings* bei Kindern <2 Jahre mit Verdacht auf eine Kindesmisshandlung bleibt bestehen. <u>Rippen-Frakturen:</u> Das ursprüngliche Systematic Review ergab, dass die Durchführung schräger Aufnahmen der Rippen den Nachweis okkulter Frakturen erhöht. Die Studie von Hansen et al* stellte fest, dass zusätzliche Frakturen durch die vier Aufnahmen (posterior anterior, lateral, rechts und links schräg) in 12 von 22 Fällen nachgewiesen werden konnten. <u>Geschwister:</u> Das ursprüngliche Systematic Review erbrachte keine Hinweise zur notwendigen Röntgendiagnostik bei Geschwistern misshandelter Kinder.	Untersuchung der Heterogenität, Sensitivitätsanalysen) der Studien für eine Metaanalyse; valide Endpunkterfassung; gute Vergleichbarkeit **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar

					Seitdem sind 2 retrospektive Studien bekannt. Day et al* zeigte bei einem von 6 Geschwistern okkulte Frakturen. Lindberg et al* zeigte, dass bei Kindern <2 Jahre, die im Haushalt eines körperlich misshandelten Kindes leben, nach Durchführung eines Skelett-Screenings bei 11,9% von 134 Kindern okkulte Frakturen nachgewiesen werden konnten. <u>Frakturen, die auf eine Misshandlung hindeuten:</u> Das ursprüngliche Systematic Review ergab, dass bestimmte Frakturen wahrscheinlich für eine Misshandlung sind. Rippenfrakturen haben die höchste Wahrscheinlichkeit. Femurfrakturen bei prämobilem Kind haben eine hohe Wahrscheinlichkeit und mehrfache Frakturen sind häufiger bei Misshandlung als bei akzidentellen Verletzungen. Suprakondyläre Humerusfrakturen sind meist akzidentell. Eine Metaanalyse für Femur- und Humerusfrakturen bezogen auf das Kindesalter zeigte, dass bei Kindern <18 Monate, die Fraktur als Folge einer Misshandlung signifikant häufiger ist als bei Kindern zwischen 1-4 Jahren.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Marine, MB et al. (2014).Is the	Retrospektive Kohorten-	<u>Kinder mit mindestens einer Rippenfraktur:</u>	Identifikation der Patienten anhand der durchgeführten	Erhöht das Hinzufügen bilateraler	Von 212 Kindern wurden 106 Kinder mit einer oder mehreren Rippenfrak-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*:

new ACR-SPR practice guideline for addition of oblique views of the ribs to the skeletal survey for child abuse justified? USA	studie	• n= 106 • 58 Jungen und 48 Mädchen • Alter von 22 Tagen bis 22 Monate mit einem Durchschnittsalter von 4,8 Monaten <u>Kinder ohne Rippenfraktur:</u> • n= 106 • 58 Jungen und 48 Mädchen • Alter von 3 Tage bis 20 Monate mit einem Durchschnittsalter von 4,8 Monaten <u>Einschlusskriterien:</u> • Patienten < 2 Jahren, die von Januar 2003 bis Juli 2011 ein initiales Skelett- Screening bei Verdacht auf Kindesmisshandlung erhielten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Postmortem Skelett-Screening	Skelett- Screening von Januar 2003 bis Juli 2011. Es erfolgte die Stratifizierung aufgrund der Bewertung in zwei Serien: • Serie mit 2 Röntgenaufnahmen (anteroposterior und lateral) • Serie mit 4 Röntgenaufnahmen (zusätzlich rechts und links schräg) Nach Bewertung der Serie mit 2 Aufnahmen erfolgte die Gruppierung von Kindern mit und ohne Frakturen. Drei ausgebildete Radiologen (zwei für Pädiatrie und einer für Traumatologie) bewerten die vorherigen verblindeten Befunde neu und unabhängig. Die Bewertung erfolgt mit einer Likert-Skala von 1 bis 5. (1=definitiv keine Fraktur); (2= wahrscheinlich keine Fraktur); (3= unbestimmtes Ergebnis); (4= wahrscheinlich Fraktur); (5= definitiv Fraktur)	schräger Rippen-Röntgen-aufnahmen zur Skelett-Screening bei Verdacht auf Kindesmiss-handlung die Detektion von Rippenfrakturen.	turen und 106 Kinder ohne Rippenfakturen identifiziert. Die Sensitivität und Spezifität der Zwei-View-Serie betrug 81% bzw. 91%. Die Sensitivität und Spezifität für den Nachweis der hinteren Rippenfrakturen betrug 74% bzw. 92%. Es gab eine gute Übereinstimmung zwischen den Beobachtern für den Nachweis von Rippenfrakturen in beiden Serien (durchschnittliche Kappa-Werte von 0,70 und 0,78 für Zwei-Sichten und Vier-Sichten). Zusätzliche bilaterale schräge Rippenröntgenaufnahmen ergaben bei 19% der Kinder ohne Frakturen in den 2 Aufnahmen, Frakturen.	Unsere Ergebnisse zeigen, dass zwei Röntgenaufnahmen alleine eine geringere Sensitivität im Vergleich zu 4 Aufnahmen für den Nachweis von Rippenfrakturen aufweisen. Die Hinzufügung bilateraler schräger Rippenröntgenaufnahmen zur Skelett-Untersuchung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung führt zu einer signifikant Erhöhung (19%) der Detektion von Rippenfrakturen. Daher ist der neue Standard der ACR (Society of Pädiatrische Radiologie) mit den zusätzlichen bilateralen schrägen Aufnahmen der Rippen gerechtfertigt. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Retrospektive Auswertung von Rippenfrakturen bei Kindern bis 2 Jahre mit V.a. Misshandlung zeigt, dass Schrägaufnahmen der Rippen diese Frakturen besser detektieren können.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Geringer selection bias; gute Vergleichbarkeit der Gruppen **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Phillips, KL et al. (2015). Radiographic skeletal survey for non-	Systematic Review	Von 101 relevanten Publikationen wurden 29 Publikationen einge-	Systematische Suche in Medline, Google Scholar, Cochrane, UpToDate und relevanten Referenzlisten für englischsprachige	Systematische Suche nach evidenzbasiertem Standard für das	Die Qualität der beiden englischsprachigen Leitlinien wird nach AGREE II als schlecht eingeschätzt. Es wurde kein Protokoll oder Studie zur Bewer-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Abschließend haben wir ein Protokoll für eine standardisierte Skelett- Screening auf der

accidental injury: systematic review and development of a national New Zealand protocol. Neuseeland		schlossen. Publikationen: • 2 Leitlinien • 12 Artikel mit alternativen Protokollen • 15 Artikel mit Evidenz für einzelne Aufnahme des Skelett-Screenings Einschlusskriterien: • Publikationen, die Protokolle mit evidenzbasierten Daten für Röntgenaufnahmen des Skelett-Screenings Ausschlusskriterien: • Publikationen, die nur Protokolle oder Leitlinien des Skelett-Screening ohne Daten zu einzelnen Aufnahmen beinhalteten.	Pub-likationen von 1946 bis Juni 2013. Alle eingeschlossenen Publikationen wurden kritisch beurteilt. Zur Beurteilung von Protokollen und Leitlinien wurde das AGREE II* Online Guide-line Appraisal Tool und von Studien das GATE CAT* worksheet genutzt. Auf der Grundlage dieser systematischen Überprüfung wurde im Oktober 2013 ein Entwurfsprotokoll entwickelt und einer australischen und neuseeländischen Gesellschaft für Kinderradiologie-NAI*-Symposium vorgestellt. Rückmeldungen aus dem Symposium und spätere Diskussionen wurden in das endgültige Protokoll aufgenommen.	Skelett-Screening bei Verdacht auf Kindesmisshandlung in Neuseeland.	tung der Leitlinien gefunden. RCR-RCPCH 2008*: 64% ACR-SPR 2011*: 36% Es wurden Studien zu einzelnen Regionen wie Röntgenaufnahmen von Rippen, Wirbelsäule, Becken, Hände und Füße und lange Röhrenknochen gefunden: • 2 Studien für schräge Rippenaufnahmen • 5 Studien für Aufnahmen von Wirbelsäule, Becken, Hände und Füße und seitliche Aufnahmen der langen Röhrenknochen • 7 Studien von follow-up-Aufnahmen Die stärkste Evidenz besteht für die vier Aufnahmen der Rippen und der follow-up-Aufnahmen. Die Evidenz ist mäßig für die Aufnahmen der Wirbelsäule, des Becken, der Hände und der Füße und der Zentralstrahlaufnahmen von Knie und Sprunggelenk. Das endgültige Protokoll besteht aus 2 Stufen mit 17 bis 22 Röntgenaufnahmen. Standard-Axialkörper-Aufnahmen bei allen Kindern: 1.frontaler Schädel; 2.Schädel seitlich; 3.anteroposterior Abdomen; 4.anteroposterior Brust; 5.seitliche Brust; 6.Rechte schräge Brust; 7.linke	Grundlage einer systematischen Literaturrecherche und Diskussionsergebnissen von Kollegen auf einer nationalen Sitzung entwickelt. Obwohl das Protokoll für Neuseeland entwickelt wurde, könnte das zweistufige Protokoll auch für den Einsatz in anderen Ländern mit einer ähnlichen radiologischen Dienstleistung geeignet sein. Wir glauben, dass die Vereinheitlichung der Röntgen-Skelett- Screening und die laufende Überprüfung die Betreuung von Kindern mit vermuteter nicht akzidenteller Verletzung verbessern wird. Aus unserer Sicht birgt eine fehlende Supervision das Risiko, Frakturen zu übersehen aufgrund einer unzureichenden Bildgebung aufgrund der erhöhten Strahlendosis. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das systematische Review aus Leitlinien, Protokollen und Studien ist gut gemacht. Für die kritische Bewertung werden adäquate Instrumente genutzt, wobei die Leitlinien mit geringer Qualität bewertet werden. Das Protokoll für die Skelett- Screening bei Verdacht auf Kindesmisshandlung für Neuseeland entstand auf Grundlage einzelner Studien zu einzelnen Regionen (Aufnahmen des Thorax, der Wirbelsäule, des Beckens, der Hände und der Füße und für Zentralstrahlaufnahmen der Knie und Knöchel und einem follow-up) und Konsensus-Beschlüssen und Experten-

					schräge Brust	meinungen.
EVIDENZLEVEL 2++					Standard-Zusatz Körperaufnahmen bei allen Kindern: 8. anteroposterior untere Extremitäten; 9./10. anteroposterior obere Extremität beidseits; 11. Zentralstrahlaufnahme Sprunggelenk anterioposterior; 12. dorsoposterior beide Füße; 13. Zentral-strahlaufnahme Knie anterioposterior Zusätzliche Aufnahmen in Studien: 14. seitliche ganze Wirbelsäule; 15. laterale lumbo-sakrale Wirbelsäule; 16. Schädel nach Towne; 17./18. seitliche Zentralstrahlaufnahme Knie; 19./20. seitliche Zentralstrahlaufnahme Sprunggelenk	**STÄRKEN:** Geringes selection bias; geringe bias durch Erfassung der Intervention **SCHWÄCHEN:** Vergleichbarkeit der Gruppen eingeschränkt
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Piteau, SJ et al. (2012).Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review. Canada	Systematic Review	Von 593 Artikeln wurden von 85 relevanten Studien 24 Studien eingeschlossen. Studientyp: • 12 retrospektive Studien • 12 prospektive Studien Anzahl der Patienten: n= 2023 Kinder Alter der Patienten: • für Kinder mit nachgewiesener Misshandlung: Altersspanne von	Systematische Suche in Medline (1950 bis November 2010) und Embase (1980 bis November 2010) und PubMed, Konferenzabstracts und Referenzlisten in allen Sprachen. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Beurteilung der Methodik Qualität: 1. Charakteristika der Studie 2. Beschreibung der Studienpopulationen 3.Bewertung zur	Suche nach klinischen und radiologischen Merkmalen, um misshandlungsbedingtes Kopftrauma (AHT*) und nicht-misshandlungsbedingtes Kopftrauma (nAHT*) bei Kindern festzustellen.	Von den 24 eingeschlossenen Studien wurden 21 Studien mit einer Kategorie 1 und 2 nach Maguire et al** als qualitativ hoch bewertet. Es erfolgte eine Metaanalyse von 19 Studien ungeachtet hoher statistischer Heterogenität für klinische und radiographische Merkmale. Bei der Untersuchung von Studien, die als qualitativ hoch bewertet wurden, wurden Merkmale gefunden, • die signifikant mit AHT* assoziiert waren: subdurale Blutungen, zerebrale Ischämie, retinale Blutungen, Schä-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Klinische und radiologische Merkmale, die mit AHT und nAHT assoziiert sind, wurden trotz Einschränkungen in der Literatur identifiziert. Diese systematische Überprüfung unterstreicht auch die Notwendigkeit konsequenter Kriterien bei der Ermittlung und Berichterstattung der klinischen und radiologischen Merkmale im Zusammenhang mit AHT und nAHT. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Bewertung der einzelnen Studien

		2,1 bis 22 Monate • für Kinder mit akzidentelle Verletzung: Altersspanne von 5,64 bis 43 Monate <u>Charakteristika der Studien:</u> • 15 Studien: Kinder mit subduraler Blutung • 10 Studien: Kinder mit retinaler Blutung, subarachnoidaler Blutung, epiduraler Blutung, Krampfanfall, Unfallmechanismen (bei Verkehrsunfällen, Stürzen und bezeugte zugefügte Angriffe) <u>Herkunft der Studien:</u> USA: 16 Studien, UK: 3 Studien Frankreich: 2 Studien Norwegen, Australien, Neuseeland: jeweils 1 Studie <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien von Kindern ≤6 Jahre, die stationär mit einem Kopftrauma* aufgenommen wurden und Merkmale von Anamnese, Vorstellung des Kindes, körperliche Zeichen oder Zeichen der Bildgebung bei	Bestimmung von AHT* und nAHT* 4. Art des Kopftraumas 5. andere klinische Merkmale Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al. 2005*. Bei Kategorie 1 und 2 war die Qualität hoch und bei Kategorie 3-5 war die Qualität niedrig.		delfrakturen mit intrakraniellen Verletzungen, metaphysären Frakturen, Frakturen der langen Röhrenknochen, Rippenfrakturen, Krampfanfälle, Apnoe und keine plausible Anamnese. • die signifikant mit nAHT* assoziiert waren: epidurale Blutungen, Kopfhautschwellung und isolierte Schädelfrakturen. • die mit AHT* und nAHT* assoziiert: subarachnoidale Blutungen, diffuse axonale Verletzungen, zerebrales Ödem, blaue Flecken im Kopf- und Halsbereich und Erbrechen.	erfolgte hauptsächlich nach inhaltlichen Kriterien. Die Bewertung der Bestätigung der Diagnose Kindesmisshandlung führte zu einer hohen oder niedrigen Qualitätsbewertung. Studien mit der Kategorie 1 und 2 zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung wurden bei den Ergebnissen berücksichtigt. Eine Metaanalyse oder eine logistische oder lineare Regression zur prozentualen Einordnung einzelner Verletzungsformen der Diagnose misshandlungsbedingte Schädel-Hirn-Verletzung konnte nicht durchgeführt werden.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Prospektive Studien und gute Ein- und Ausschlusskriterien der Studien halten den selection bias gering; gute Vergleichbarkeit der Fall- und Kontrollgruppen **SCHWÄCHEN:** Anzahl der Confounder ist hoch

		Kindern mit AHT* und nAHT* verglichen wurden • Studien, die zwischen AHT* und nAHT* unterschieden (Bestätigung der Diagnose AHT* anhand Maguire et al., 2005) <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Meinungen, Konsensus-Statements • Studien zur Beurteilung misshandlungsbedingter Verletzungen ohne Kopftrauma • nichtvergleichende Studien von AHT* • Studien, die keine stationär aufgenommen Kinder untersuchten • Studien mit nur klinischen oder postmortem Untersuchungen oder dem Management von AHT* • Studien mit methodischen Schwächen • Studien mit signifikanten Bias (Signifikante Bias waren Studien, die dieselben Merkmale für die Diagnose und die Charakterisierung der Misshandlung nutzten,				

		zB das Kopftrauma war der primäre Faktor, der verwendet wurde, um Misshandlung zu definieren und wurde dann als ein Merkmal der Misshandlung analysiert).				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Powell-Doherty, RD et al. (2017).Examining the role of follow-up skeletal surveys in non-accidental trauma. USA	Retrospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten: n= 110 Einschlusskriterien: • Kindern < 4 Jahre, die ein Röntgen-Skelettscreening bei Verdacht auf Kindesmisshandlung erhielten Ausschlusskriterien: • Kinder, die ein Röntgen-Skelettscreening aufgrund anderer Gründe erhielten oder die Misshandlung nicht bestätigt wurde.	Datenabfrage der Kinder unter vier Jahren, die ein initiales Skelettscreening (SS) im Carolinas Medical Center von Januar 2013 bis Juni 2014 erhielten. Die Daten der Patienten wurden in Bezug auf Alter, Art und Häufigkeit der Verletzung, klinische Auswirkungen der Röntgen-Befunde und Änderungen zwischen des initialen und wiederholten SS. Die Daten wurden auf Prävalenz und relatives Risiko untersucht.	Notwendigkeit der Wiederholung des Röntgen-Skelettscreening	Es wurde bei 110 Kinder unter 4 Jahren ein SS bei Verdacht auf nicht-akzidentelles Trauma durchgeführt. Von den 110 Kindern hatten 87 Kinder (79%) ein positives Screening mit einem oder mehreren Befunden im initialen SS. Es zeigten sich charakteristische Befunde im Bereich des Schädel, Femur und der Rippen (33%, 18% und 17%). .Es wurden keine Beckenverletzungen beobachtet, während die Wirbelsäulenverletzungen etwa 1% der Fälle ausmachten. Die Ergebnisse waren in den Altersgruppen (0-6 Monate, 6-12 Monate, 12-18 Monate und > 18 Monate) gleich verteilt, wobei Schlüsselbeinfrakturen erst bei Kindern > 12 Monate auftauchten.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass routinemäßig wiederholte Skelettscreenings medizinisch unnötig sein können, teuer sind und Ressourcen nicht effizient nutzen. Da Becken- und Wirbelsäulenverletzungen bei nicht akzidentellem Trauma äußerst ungewöhnlich sind, kann ihr Ausschluss aus dem initialen Skelettscreening aufgrund der Strahlenbelastung sowohl im initialen als auch wiederholten Skelettscreening gerechtfertigt sein, soweit keine klinischen Zeichen dafür sprechen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Leider erfolgte keine Konfirmation der Diagnose Kindesmisshandlung, sodass nicht klar ist, ob es sich immer um bestätigte Misshandlungen handelt und welche Diagnose die Kinder mit negativen SS erhalten haben. Dann ist auch nicht gut ersichtlich, ob jedes Kind ein

						FUSS erhalten hat oder nur die Kinder mit negativem Ergebnis.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Selection bias wird über Alter und Durchführung eines Röntgen-Screenings zur Kohortierung gering gehalten **SCHWÄCHEN:** Retrospektive Studie
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Roach, J et al. (2014).Head injury pattern in children can help differentiate accidental from non-accidental trauma. USA	Retrospektive Kohorten-studie	Anzahl der Patienten: n= 2,015 Kinder mittleres Alter der Kinder: für AHT*: 0.7 Jahre für AHI*: 2,2, Jahre Geschlecht: • 365 männliche Kinder für AHT* (63%) • 890 männliche Kinder für AHI* (62%) Einschlusskriterien: • Kinder ≤ 5 Jahre mit der Diagnose TBI*, die im Traumazentrum des Children's Hospital Colorado im Zeitraum von Januar 1996 bis Dezember 2011 behandelt wurden.	Datenabfrage in Trauma-Datenbank des Kinderkrankenhaus Colorado über 16 Jahren (Januar 1996 bis Dezember 2011) für alle Kinder im Alter bis 5 Jahren mit einer Diagnose TBI*. Das initiale CT des Schädels wurde geprüft zusammen mit dem endgültigen Radiologie-Befund. Die Differenzierung von AHT* und AHI* erfolgt durch die Kinderschutzgruppe mit Beauftragten des Krankenhauses. Zusätzlich wurde eine Untergruppe (Kinder < 24 Monate) untersucht.	Suche nach Radiologischen Befunden zur Definition von misshandlungs-bedingtem Kopftrauma (AHT*)zu akzidenteller Kopfverletzung (AHI*).	Von 2,015 Kindern mit TBI* hatten 1.435 Kinder (71 %) eine akzidentelle Kopfverletzung und 580 Kinder (29 %) ein misshandlungsbedingtes Kopftrauma. Der Hauptanteil der Kinder mit AHT* war jünger al 24 Monate (533 von 580 Kindern; 92%) Von den Kindern mit akzidenteller Verletzung waren nur 50% jünger als 24 Monate (716 von 1.435 Kindern). Vergleich der Kinder mit AHT* und AHI*: Verletzungen waren schwerer bei AHT* (ISS* 22,1 vs 14,4, p \ 0,0001) Sterblichkeitsrate war höher bei AHT* (15 vs 5%; p \ 0.0001) Rate diffus-axonaler Verletzungen waren höher bei AHT*(14 vs 8 %; p\0.0001) Rate subduraler Blutungen war höher bei AHT* (76 vs 23 %; p\0.0001). Rate Schädelfrakturen war bei AHI*	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Bei 29% der Kinder bestand ein misshandlungsbedingtes Kopftrauma (AHT) mit hoher Mortalitätsrate. Die Rate von subduralen Blutungen und diffus-axonalen Verletzungen war bei diesen Kindern höher. Ärzte, die verletzte Kinder behandeln, müssen bei Kindern mit subduralen Blutungen oder diffus-axonalen Verletzungen den Verdacht auf eine Misshandlung berücksichtigen. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Gut gemachte retrospektive Kohortenstudie mit großer Patientenanzahl und Kontrollen und mit zusätzlicher Bewertung der Schwere der Verletzungen anhand des SSI*.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Geringer selection bias durch repräsentative Patientenauswahl anhand festgestellter traumatischer intrakraniller Verletzung; geringer Performance-Bias durch Nutzen der objektiven Bewertung der Schwere der verlet-

					höher (52 vs 21 %; p\0.0001) Rate epiduraler Blutungen war bei AHI* höher (11 vs 3 %). Gleiche Ergebnisse erbrachte auch die Betrachtung der Altersgruppe < 24 Monate.	zung durch den ISS (injury severity score) **SCHWÄCHEN:** Performance bias bei der feststellung der Diagnose kann durch die Verwendung einer Kinderschzutzgruppe als gering beschrieben werden; wird aber nicht vollständig erklärt
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries Last updated: August 2014. UK	Update Systematic Review	Von 374 Studien wurden für: <u>Outcome 1:</u> 20 Studien wurden eingeschlossen • 11 Studien: 0-4 Jahre • 5 Studien: 0-22 Monate • 3 Studien: 0-12 Monate 1 Studie: 0-24 Monate <u>Outcome 2:</u> 16 Studien wurden eingeschlossen • 13 Studien: < 3 Jahre 3 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 3:</u> 25 Studien wurden eingeschlossen • 21 Studien: < 3Jahre • 4 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 4:</u> • 1 Studie wurde eingeschlossen	Systematische Suche in 14 Datenbanken von 1970 bis 2014 und 5 Websites zum Datum 12.08.2014 in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al. 2005**. Bei Kategorie 1 und 2 war die Qualität hoch und bei Kategorie 3-5 war die Qualität niedrig.	4 Outcomes <u>Outcome 1:</u> Ziel der Studie war es, den relativen Wert einer MRT-Untersuchung zusätzlich zur anfänglichen CT-Untersuchung zu analysieren und den Anteil der Fälle abzuschätzen, in denen eine zusätzliche MRT ergänzende Informationen zu einer anfänglichen CT-Untersuchung liefern würde. <u>Outcome 2:</u> Untersuchung folgender Merkmale für AHT*: • Apnoe •Netzhaut-	• Bei einem akut kranken Kind ist eine Computer-tomographie (CT) die bevorzugte Bildgebungstechnik. • Bei auffälligem CT oder klinischen Bedenken sollte die Magnetresonanztomographie (MRT) mit diffusions-gewichteter Bildgebung (DWI) durchgeführt werden, da sie die Fähigkeit hat, weitere intrakranielle Verän-derungen zu identifizieren. • Ultraschalluntersuchung sollte niemals als diagnostische Untersuchung herangezogen werden, da sie zwar einige Merkmale zeigte, aber viele andere verpasst. • Es ist wichtig, dass bei allen Kindern mit vermutetem AHT* eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) stattfindet, um retinale Blutungen auszuschließen. • Skelett-Screening mit schrägen Aufnahmen der Rippen sollten bei allen Kindern unter 2 Jahren mit	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Dieses systematische Review bewertet die Literatur über misshandlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte neurologische Verletzungen bei Kindern, die bis August 2014 veröffentlicht wurde und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wider. AHT* bleibt die häufigste Form der tödlichen Kindesmisshandlung und betrifft vorwiegend Säuglinge. Während es eine große Anzahl von Studien in Bezug auf Wirbelsäulenverletzungen gab, konnten keine neuen Studien zu neuroradiologischen oder klinischen Merkmale von misshandlungsbedingtem Kopftrauma eingeschlossen werden. Eingeschlossen wurde eine Studie, die sich mit der Möglichkeit der Datierung von subduralen Blutungen durch Neuroradiologen beschäftigte. Es ist bekannt, dass die Diagnose eines AHT* bei einer Großzahl der Kinder übersehen wird, wenn sie mit Kinder-

		Einschlusskriterien: • Studien mit Kindern im Alter von 0 Jahren bis 18 Jahre • vergleichende Beobachtungsstudie (Querschnitts-/ Fallsteuerung/Fallreihe/ Längskohorte) • Studien mit Kindern mit AHT* • Studien mit Kategorie 1 und 2 zur Bestätigung der Diagnose AHT* • Studien mit bestätigter Ätiologie für nAHT* • Studien bei denen die Kinder lebten • Studien mit relevanten klinische Angaben Ausschlusskriterien: • Studien über Komplikationen, Management oder Prognose von AHT* / nAHT* • Nichtvergleichende Studien • Konsensaussagen oder persönliche Meinungen • postmortem Studien • Studien mit gemischten Erwachsen-en- und Kinderdaten, bei denen die Kinderdaten nicht extrahiert werden kön-		blutungen • Rippenfrakturen • Lange Knochenbrüche • Blut in den Kopf und / oder Hals • Krampfanfälle • Schädelfrakturen Outcome 3: Suche nach neuroradiologischen Unterschieden bei AHT* und nAHT*. Outcome 4: Ist eine Datierung der neuroradiologischen Merkmale bei AHT* möglich?	Verdacht auf AHT* durchgeführt werden. • Bei Kindern unter 3 Jahre finden sich bestimmte Merkmale (Netzhautblutung, Apnoe) bei Kindern mit AHT* eher als bei Kindern mit nAHT*.	ärzten in Kontakt kommen. Wir hoffen, dass das Review, bei der gegenwärtigen Diskussion zur Fähigkeit der Erkennung von AHT* bei Kindern, helfen kann. Neue qualitativ hochwertige Studien haben es uns ermöglicht, die ursprüngliche Metaanalyse der neuroradiologischen Merkmale zu aktualisieren, die die Misshandlung von nAHT* unterscheiden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Update ist gut gemacht, erbrachte jedoch keine neuen Erkenntnisse für die Studien bis zum August 2014. Die neu gestellte Frage der Datierung neuroradiologischer Zeichen konnte nicht beantwortet werden. Dafür formulieren die Autoren nachvollziehbare und vertretbare Empfehlungen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Prospektive Studien und gute Ein- und Ausschlusskriterien der Studien halten den selection bias gering, gute Vergleichbarkeit der Fall- und Kontrollgruppen **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar

		nen • Methodisch fehlerhafte Studien (z. B. signifikante Bias, bei denen AHT* nicht hinreichend bestätigt wurde oder wo unzureichende klinische Details gegeben wurden) • Studien mit nur Kopfverletzungen ohne intrakranielle Verletzungen • Studien mit Kategorie 3 bis 5 zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Fractures Last updated: February 2015. UK	Update Systematic Review und Metaanalyse	**Es sind 250 Studien gelistet.** <u>Einschlusskriterien:</u> • Publikationen aller pädiatrischer-, radiologischer und orthopädischer Konferenzen • Kinder im Alter von 0-17 Jahren • Publikationen aller Evidenzarten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Persönliche Erfahrungen • Übersichtsartikel • Studien aller Alters-	<u>Update von:</u> 1. Maguire, Sabine; Cowley, Laura; Mann, Mala; Kemp, Alison (2013): What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse, An overview of review updates 2005-2013. In: Evid.-Based Child Health 8 (5), S. 2044–2057 Systematische Suche von 1950 bis Februar 2015 in 12 Datenbaken, gelisteten Zeitschriften und Websites in allen Sprachen. Die Suchwörter für die 1.-3. Frage des Outcome wurde für	<u>Update:</u> 1. Welche Frakturen deuten auf Misshandlung hin? 2. Wie ist die Evidenz für die radiologische Datierung von Frakturen bei Kindern? 3. Welche radiologischen Untersuchungen sollten durchgeführt werden, um Frakturen bei vermuteter Kindesmiss-	• Bei Frakturen bei Kindern unter 18 Monaten sollte an eine Misshandlung gedacht werden • Mehrere Frakturen sind verdächtig für eine Misshandlung • Die Datierung von Frakturen ist wissenschaftlich ungenau, radiologische Zeichen der Knochenheilung stellen ein Kontinium dar, mit erheblicher zeitlicher Überlappung • Radiologische Schätzungen zur Verletzungszeit umfassen Wochen statt Tage; Es ist wichtig, dass alle Beteiligten dieser breite Zeitrahmen bekannt ist. • Allein durchgeführte Skelett-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Das systematische Review bewertet die wissenschaftliche Literatur über misshandlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte Frakturen bei Kindern, die bis Februar 2015 veröffentlicht wurden und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wieder. Bei 55% körperlich misshandelter Kinder bestätigten sich Frakturen, wobei sich bei 18% mehrere Frakturen zeigten. Weitere Studien ermöglichten ein Update der Metaanalyse nach Altersgruppen, welches zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für ein Kind mit unerklärlichen Frakturen von Nutzen sein kann.

		gruppen, in denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien, die sich ausschließlich mit Daten von nicht misshandelten Kindern beschäftigten • Studien, in denen relevante Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • methodisch fehlerhafte Publikationen Für alle vier Fragen des Outcomes sind separate Ein- und Ausschlusskriterien gelistet in Anlehnung an die vorherigen Veröffentlichungen.	Medline modifiziert und ist gelistet. Die Suchwörter für die 4. Frage des Outcome ist gelistet. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander bewertet, basierend der Empfehlung des NHS Centre for Reviews and Dissemination. Bei allen relevanten Studien wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es bestand ein Ranking von 1-5 nach Maguire et al**. Außerdem wurde die Qualität des Skelett-Screenings beurteilt, wenn dies die Einschlusskriterien vorsahen.	handlung zu identifizieren? 4. Verursacht die kardiopulmonale Reanimation Rippenfrakturen bei Kindern?	Screening (SS) und Radionuklid-Bildgebung (RNI) verpassen den Nachweis okkulter Frakturen; Die optimale Bewertung sollte beide Untersuchungen beinhalten. • Wenn RNI# die erste Untersuchung ist, muss ein zusätzliches Schädel-Röntgenbild durchgeführt werden und es sollten Aufnahmen der Metaphysen erfolgen. • Jüngste Studien deuten darauf hin, dass bis zu 12% der im Haushalt (eines körperlich misshandelten Kindes)lebenden Kinder bis 2 Jahre ein positive SS# aufweisen; das Risiko für Zwillinge ist besonders hoch. • Studien haben gezeigt, dass sich aufgrund der Änderung der Richtlinie der kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen, das Risiko für Rippenfrakturen erhöhen kann.	In diesem Bereich wurden qualitativ hochwertige Studien veröffentlicht, die die Bedeutung des Skelett-Screenings in verschiedenen Populationen und mit zusätzlich Details spezifischer Frakturmuster in Zusammenhang mit Misshandlung. Eine neue Studie behandelt die Heilung von Frakturen bei sehr jungen Säuglingen, die zur Datierung von Frakturen beiträgt. Die Änderung von Richtlinien in Bezug auf kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen kann sich auf das Risiko von Rippenfrakturen auswirken und aktuelle Studien haben dies angesprochen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Update mit der neuen Frage, ob die kardiopulmonale Reanimation Frakturen verursacht.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Hohe Vergleichbarkeit der Studienkohorten; valide Erfassung der Endpunkte **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar

Differentialdiagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018. Systematische Review zu Fallserien und -berichten mit der Differentialdiagnose einer Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder –missbrauch. Deutschland	Systematische Fallserie	Anzahl der Artikel: (n = 15956) Relevante Studien: • Körperliche Misshandlung (n=57) • Sexueller Missbrauch (n=9) Eingeschlossene Studien: • 31 von 57 relevanten Studien beziehen sich auf körperliche Misshandlung • Fallserie mit systematischer Suche (n =1) • Fallserie (n =1) • Einzelfallstudie (n = 29) Einschlusskriterien: • Fallstudien von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren. • Fallstudien, bei denen Symptome und klinische Zeichen eine Kindes-	Systematische Literatursuche: PubMED (bis Dezember 2017); PsycINFO, ERIC, Embase, CINAHL, Cochrane Library (bis Januar 2017) Studienbewertung durch zwei Gutachter. Häufigkeiten der Erkrankugen/ Syndrome wurden anhand von Genetic home reference, Orphanet, PubMed und Expertenmeinungen bestimmt.	Merkmale für Differentialdiagnosen, die eine Kindesmisshandlung imitieren können Untersuchungen, die eine Differenzierung einer Erkrankung/ Syndrom von einer Kindeswohlgefährdung[#] zulassen.	Die eingeschlossenen Fallstudien imitieren eine mögliche Kindesmisshandlung aufgrund der folgenden klinischen Symptome: • Frakturen • retinale Blutungen • intrakranielle Blutungen • Verletzungszeichen der Haut Es wurden keine Fallstudien für Differentialdiagnosen zu emotionaler Misshandlung emotionaler oder körperlicher Vernachlässigung gefunden. Die Fallstudien für Differentialdiagnosen zu sexuellem Missbrauch bezogen sich auf folgende Diagnosen: Urethralprolaps, Lichen sklerosus, Purpura Schoenlein-Henoch, Vulvitis circumscripta plasmacellularis, Lipschütz ulcer oder auch traumatischen Verletzungen der Genitalien. Die Diagnose wurde in diesen Fällen mit Hilfe der Anamnese, Beurteilung der klinischen Symptomatik durch einen Experten und in Einzelfällen durch eine Biopsie gestellt. In keinem dieser Fälle erfolgte ein Verfahren im Sinne	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Anhand der eingeschlossenen Fallstudien können diagnostische Schritte für die Differentialdiagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung abgeleitet werden. Die Fallstudien für Differentialdiagnosen bei Verdacht auf zu sexuellen Missbrauch beinhalteten Diagnosen die anhand der kindergynäkologischen Untersuchung schnell gesichert werden konnten. Fallstudien für Differentialdiagnosen bei Verdacht auf emotionaler Misshandlung oder körperlicher Vernachlässigung wurden nicht gefunden. .
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Ein- und Ausschlusskriterien und systematische Aufarbeitung **Schwächen:** Fallberichte und Fallserien

		wohlgefährdung# (KWG) imitieren. • Fallstudien, bei denen die KWG# als Differentialdiagnose benannt wird und mindestens zwei Professionen zur Abklärung beitragen. • Fallstudien, in denen die KWG# als Fehldiagnose und das Syndrom oder die Erkrankung als Diagnose bestätigt wird. <u>Ausschlusskriterien:</u> • Fallstudien, bei denen die KWG# nicht als Differentialdiagnose benannt wird oder erst nach bestätigter Diagnose eines Syndroms/Erkrankung in Betracht gezogen wird. Fallstudien, bei denen die Differentialdiagnose KWG# postmortem gestellt wurde.			eines §8a. Für seltene Erkrankung sind anamnestische, klinische oder diagnostische (Labor, Röntgen, MRT) Befunde hinweisend und lassen sich von einer Kindesmisshandlung differenzieren. Die Bestätigung dieser speziellen Diagnose erfolgt dann gesondert.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Metz, JB et al. (2014). Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse	RetrospektiveKohortenstudie	<u>Anzahl der Kinder:</u> n = 2890 <u>Age in month:</u> • 0–6: n= 980 (33.9) • 6–12: n= 521 (18.0)	Prospectively planned, secondary analysis of 2890 physical abuse consultations from the Examining Siblings To Recognize Abuse (ExSTRA) research network.	To determine the frequency of non-cutaneous mimics identified in a large, multicentre	Among 2890 children who were evaluated for physical abuse, 137 (4.7%) had mimics identified; 81 mimics (59.1% of mimics and 2.8% of the whole cohort) included non-cutaneous components. Six subjects	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: A wide variety of mimics exist affecting most disease categories. Paediatric care providers need to be familiar with these conditions to avoid pitfalls in the

USA		• 12–24: n= 474 (16.4) • 24–60: n= 634 (21.9) • 60–120: n= 281 (9.7) <u>Einschlusskriterien:</u> • index children less than 120 months old who had been evaluated by CAPs for possible physical abuse <u>Ausschlusskriterien:</u> • children with Accidental injuries and birth trauma	Data for each enrolled subject were entered at the child abuse physician's diagnostic disposition. Physicians prospectively documented whether or not a 'mimic' was identified and the perceived likelihood of abuse. Mimics were divided into 3 categories: (1) strictly cutaneous mimics, (2) strictly non-cutaneous mimics and (3) cutaneous and non-cutaneous mimics. Perceived likelihood of abuse was described for each child on a 7-point scale (7=definite abuse).	cohort of children evaluated for physical abuse.	(7.4%) were assigned a high level of abuse concern and 17 (20.1%) an intermediate level despite the identification of a mimic. Among the identified mimics, 28% were classified as metabolic bone disease, 20% haematologic/vascular, 16% infectious, 10% skeletal dysplasia, 9% neurologic, 5% oncologic, 2% gastrointestinal and 10% other. Osteomalacia/osteoporosis was the most common non-cutaneous mimic followed by vitamin D deficiency.	diagnosis of physical abuse. Identification of a mimic does not exclude concurrent abuse. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachte Auswertung der Daten der Kinder unter 10 Jahren des ExSTRA research network, die aufgrund des Verdachtes einer körperlichen Misshandlung durch einen Kinderschutzarzt der 20 involvierten Kinderschutzzentren der USA untersucht wurden. Die Auflistung der 28% der Fälle, bei denen eine andere Diagnose als eine körperliche Misshandlung festgestellt wurde, deckt sich mit unserer Auflistung der Fallstudien zum Thema Differentialdiagnosen. Aufgrund körperlicher Untersuchung, Anamnese, Bestimmung von Laborparametern, Röntgenuntersuchungen und ggf. der Konsultation einer anderen medizinischen Disziplin können Differentialdiagnosen bei Kindeswohlgefährdung bestimmt werden.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Nutzung eines fundiertes Registers (ExSTRA); Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Retrospektive Studie

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Pereira, EM. (2015). Clinical perspectives on	Review mit Systematischem	Review included studies: 1.Greeley CS, Donaruma-Kwoh M,	Vergleich evidenter Befunde mit Ergebnissen von klinischen, radiologischen und genetischen	Klinische, radiologische und genetische Befunde für	<u>Klinische Untersuchung:</u> Physikalische Befunde, die auf OI hinweisen, umfassen Kleinwuchs,	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Mehrheit der OI-Patienten kann mit

osteogenesis imperfecta versus non-accidental injury USA	Vergleich	Vettimattam M, Lobo C, Willard C, Mazur L. 2013. Fractures at diagnosis in infants and children with osteogenesis imper-fecta. J Pediatric Orthopedics 33:32–36. **LoE: 2+** 2. Renaud A, Aucourt J, Weill J, Bigot J, Dieuz A, Devisme L, Moraux A, Boutry N. 2013. Radiographic features of osteogenesis imperfecta. Insight Imaging 4:417–429. **LoE: 3** 3. Barsness KA, Cha ES, Bensard DD, Calkins CM, PatrickDA, Karrer FM, Strain JD. 2003. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. J Trauma 54:1107–1110. DOI:10.1097/01.TA.0000068992.01030.A8 **LoE: 2+**	Befunden von Kindern mit Osteogenesis imperfacta.	Kinder mit OI im Vergleich zu Kindern mit NAI.	blau-graue Sklera-Farbe, Dentinogenesis imperfecta, Bandlaxität und andere Anzeichen von Bindegewebsanomalie. Gleichzeitig gibt es keine einzige definierende körperliche Untersuchung, die dazu führt, dass bei jedem einzelnen Patienten eine einheitliche Diagnose gestellt wird. <u>Radiologischer Befund:</u> • Korrekte und verlässliche Befundung der Röntgenaufnahmen durch einen Radiologen • Frakturen von OI Patienten sind eher Schaftfrakturen • Subtypen der OI haben gemeinsame radiologische Befunde, die im Skelettröntgen festzustellen sind. • In einem retrospektiven Review von 68 Patienten mit verschiedenen OI-Typen haben Greeley et al. [2013] fanden heraus, dass Rippenfrakturen bei Neugeborenen und Kindern mit OI auftreten können (sie machten dies in 22,1% der Fälle, bei denen der Missbrauch keine Rolle spielte), vor allem aber nicht bei Säuglingen. Die Mehrheit der Patienten mit OI blaue Sklera, Familienanamnese, Osteopenie auf Röntgenbildern oder andere Befunde, aber ein sehr kleiner Prozentsatz (4%, 3 von 68 Patienten) hatte keine zusätzlichen Merkmale	Hilfe von Familienanamnese, körperlicher Untersuchung und radiologischen Befunden diagnostiziert werden. Insbesondere gibt es einige radiologische Befunde, die häufiger bei NAI als bei OI zu sehen sind und die Hinweise des Arztes hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer dieser Diagnosen erleichtern können. Gleichzeitig müssen molekulare Tests bei ungeklärten Frakturen ohne offensichtliche zusätzliche Anzeichen von Misshandlung sorgfältig abgewogen werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Review versucht Merkmale für die Diagnosestellung Misshandlung oder Osteogenesis imperfecta herauszuarbeiten. Dabei werden die Merkmale der körperlichen Untersuchung, Familienanamnese, der radiologischen und genetischen Untersuchung herangezogen. Aktuelle Ergebnisse von misshandlungsbedingten Verletzungen bei Kindern (Frakturen und AHT) werden mit Kohortenstudien mit Kindern mit OI verglichen. Die genannten Kohortenstudien lassen sich mit dem LoE von 2 + bewerten und liefern verwertbare Ergebnisse. Insgesamt sind die Aussagen zu Frakturtyp, Frakturlokalisation und speziellen radiologischen Befunden als verwertbare Ergebnisse einzustufen. Als Nachteil ist anzumerken, dass es kein systematisches Review zu Studien von

		Einschlusskriterien: • Studien mit Kindern unter 18 Jahren mit OI Ausschlusskriterien: • unbekannt			neben der Frakturpräsentation . • Symmetrische Rippenfrakturen, insbesondere sind sie posterior medial und bilateral, sind eher bei Säuglingen im Alter von weniger als 3 Jahren, die NAI erlebt haben, zu sehen. Der positive prädiktive Wert für Kinder mit diesen Verletzungen liegt bei bis zu 95% [Barness et al., 2003]. Im Gegensatz dazu sind diese symmetrischen und insbesondere bilateralen Rippenfrakturen bei OI selten zu sehen. Genetische Diagnostik: • Da es trotz fortlaufender Fortschritte einige Einschränkungen für molekulare Tests gibt, handelt es sich um eine Zusammenstellung der Familiengeschichte, der körperlichen Untersuchung, der radiologischen Befunde und der Berücksichtigung der Art der Verletzung und aller begleitenden Merkmale, die OI von NAI in den meisten Fällen unterscheiden.	Kindern mit OI ist.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Fragestellung **SCHWÄCHEN:** systematischer Vergleich der beiden Kohorten (Kinder mit OI und Kinder mit nachweis einer Misshandlung)
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Scholl-Burgi, S et al. (2016). Inborn disorders of metabolism as differential diagnoses in child abuse	Review	Studien werden zitiert, aber nicht bewertet Einschlusskriterien: • unbekannt Ausschlusskriterien: • unbekannt	Um das Spektrum der in Frage kommenden Stoffwechselstörungen abzudecken, wurde eigene Erfahrung durch eine Literatursuche in einer wissenschaftlichen Datenbank (Pubmed, Stand Oktober 2015) ergänzt.	Dieser Artikel soll einen Überblick über angeborene Stoffwechselstörungen geben, die die Symptome einer Kindesmisshandlung imitieren	Die Literatursuche ergab eine relativ große Anzahl an verschiedenen Stoffwechselstörungen, die als Differenzialdiagnose in Frage kommen. Es finden sich nur wenige Fallberichte oder Fallserien zu den einzelnen Stoffwechselstörungen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Der Nachweis einer Kindesmisshandlung ist unter Umständen schwierig. Der Verdacht ergibt sich z. B. bei nicht passender oder wechselnder Anamnese bezüglich eines Unfallhergangs und/oder dadurch nicht plausibel

Österreich			Bei der Literatursuche werden zwei Schlüsselwörter »child abuse« und »inborn error (disorder) of metabolism« jeweils im Zusammenhang mit: Subdural ha(e)morrhage, Shaken baby, Dermatological disease, Fracture oder Intoxication genutzt.	können.	Fazit für die Praxis: Angeborene Stoffwechselstörungen sind in die differenzialdiagnostischen Überlegungen bei Kindesmisshandlung einzubeziehen, insbesondere wenn schon vor dem aktuellen Anlassfall ein Entwicklungsrückstand bestand und bei der klinischen Untersuchung auffällige Befunde wie eine Makrozephalie, Hepatosplenomegalie oder Dysmorphien erhoben werden. Bei Verdacht auf eine angeborene Stoffwechselstörung sind weiterführende Untersuchungen abhängig von den klinischen Symptomen indiziert.	erklärbaren Verletzungsmustern, allenfalls in Kombination mit weiteren Risikofaktoren (für Gewalt) in der Familie. Angeborene Stoffwechselstörungen und andere seltene Erkrankungen sind wichtige Differenzialdiagnosen, insbesondere wenn schon vor dem aktuellen Anlassfall klinische Symptome aufgetreten sind. Bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung und entsprechender klinischer Symptomatik sind diese Differenzialdiagnosen abzuklären, um falsche Verdächtigungen zu entkräften und rasch spezifische Behandlungen zu ermöglichen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Fazit des Review basiert auf Fallstudien und Erfahrungen der Autorin.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Systematische Suchstrategie **SCHWÄCHEN:** Keine für ein Review
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Vester, M et al. (2015). Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. Netherlands	Systematic Review/case series	Of 1599 publications, 20 publications were included for analysis. Einschlusskriterien: • human study objects up to 18 years old • study objects diagnosed with glutaric aciduria type 1 (GA1) • study object confirmed	A systematic literature search was performed in MEDLINE (Pubmed), EMBASE (OvidSP), PsychINFO (OvidSP), CINAHL, and the Cochrane library, for abstracts and articles up to 1 Jan 2015. Publication language was restricted to English, German, French, and Dutch. indexed search with terms of	This systematic review addresses the coexistence of GA1 and SDH and the validity of GA1 in the differential diagnosis of AHT.	In total 20 cases, 14 boys and 6 girls, were included. In eight cases (40 %) a child abuse work-up was performed, which was negative in all cases. Clinical history revealed the presence of trauma in eight cases (40 %). In only one case neuroradiology revealed no abnormalities related to GA1 according to the authors, although on evaluation we could not exclude AHT.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: From this systematic review we conclude that SDHs in 19/20 children with GA1 are accompanied by other brain abnormalities specific for GA1. One case with doubtful circumstances was the exception to this rule. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die systematische Suche in 5 Daten-

		subdural hemorrhages (SDHs) with CT and/or MRI scans. <u>Ausschlusskriterien:</u> • unknown	glutaric aciduria type 1, non-accidental injury, child abuse, abusive head trauma, and subdural hematoma. Screened by two researchers, Data extraction was performed by one reviewer. <u>Data extraction:</u> • Study design, patient characteristics (age, gender), author, year of publication, country, related family with GA1, and confirmed GA1 at time of SDH presentation. • Type of imaging, other cerebral abnormalities at time of SDH presentation, clinical signs, and outcome. • Consideration of AHT, steps taken to investigate this possibility (medically, legally, and socially) and investigation of SDH origin. Ranking of exclusion of child abuse according to CORE INFO.			banken ergab eine Auswahl von 20 Fallstudien, die systematisch erfasst wurden und die Fragestellung gut ausgearbeitet haben. **STÄRKEN:** Systematische Suchstrategie **SCHWÄCHEN:** Geringe Anzahl von Fallstudien
EVIDENZLEVEL 3						
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Zarate, YA et al. (2016). COL1A1 and COL1A2 sequencing results in cohort of patients un-	Kohorten-studie	n = 43 <u>Alter:</u> Median 5 Monate (Bereich = 3 Wochen bis 62 Monate)	Eine retrospektive Untersuchung wurde an allen Patienten mit Knochenfrakturen durchgeführt, bei denen Verdacht auf körperliche Misshandlung bestand. Zwischen Juli 2011 und	Indikation für eine molekulare OI-Untersuchung bei V.a. Kindesmisshandlung, wenn keine klinischen	• Skelettuntersuchung durchgeführt 98% (42/43) • In 35 Fällen (81%) wurde ein molekularer Test auf OI durchgeführt im Rahmen der Misshandlungsabkärung ohne dass Indikationen für OI vorla-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Eine sorgfältige Überprüfung der Anamnese und eine detaillierte klinische Auswertung helfen dabei, diejenigen zu identifizieren, bei denen ein

dergoing evaluation for potential child abuse USA		<u>Frakturen:</u> Median: sechs Frakturen (Bereich = 1-40) <u>Geschlecht:</u> 72% männlich <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder mit V.a. Misshandlung aufgrund von Frakturen • Kinder, bei denen Molekulartest für OI durchgeführt wurde <u>Ausschlusskriterien:</u> • unbekannt	September 2014 wurden in einem Referenzlabor molekulare Tests auf OI (Tests für COL1A1- und COL1A2-Gene) durchgeführt. Aufzeichnungen einschließlich: Alter bei der Prüfung, Geschlecht, genetische Bewertung, Familiengeschichte, multidisziplinäre Bewertung für mögliche Kindesmisshandlung und Röntgen-und Stoffwechselstudien.	Befunde für eine OI vorliegen.	gen. Von diesen Fällen wurde nach Überprüfung die endgültige Diagnose Kindesmisshandlung für 34 Fälle (77%) gestellt. Hinweise für Rachitis oder metabolische Störungen ergaben sich nicht. Ein Fall konnte nicht zugeordnet werden. • In 8 Fällen (19%) wurde ein molekularer Test auf OI aufgrund klinische Befunde und/oder der Familienanamnese durchgeführt. • OI molekulare Ergebnisse: Normal 88% (38/43) VUS wahrscheinlich gutartig 5% (2/43) VUS 2% (1/43) Pathogene 5% (2/43): Beide hatten einen klinischen Verdacht auf diese Diagnose.	Risiko für eine genetische Veränderungen besteht *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie läßt Rückschlüsse auf die Notwendigkeit zur Durchführung einer molekulargenetischen Testung bei fehlenden klinischen Zeichen oder fehlender Familienanamnese zu im Rahmen der Misshandlungsabklärung zu. Leider zieht die Studie nicht die Auswertung der radiologischen Befunde in die Auswertung mit ein.
EVIDENZLEVEL 2-						**STÄRKEN:** Keine **SCHWÄCHEN:** Ergebnisse beziehen sich nicht auf alle Befunde

Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Al Odhayani, A et al. (2013). Behavioural consequences of child abuse Kanada	Narrative Review Review und Erläuterung eines Fallbeispiels	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit, wird nicht genannt. Eine spezifische Beschreibung der inkludierten Artikel oder die Teilnehmer in den Artikel werden nicht beschrieben. (in den Ergebnissen werden verschiedene Formen der Kindeswohlgefährdung unterschieden) Einschlusskriterien: Artikel in englischer Sprache Ausschlusskriterien: Nicht bekannt	Literatursuche: Literatur von Januar 1980 bis Dezember 2010 wurde in den Datenbanken MEDLINE, PsychINFO, Embase und CINAHL gesucht. Suchbegriffe: child abuse, violence & child development Websuche: Kinderschutz Webseiten wurden für statistische Angaben durchsucht. Zu den Autoren der narrativen Übersichtsarbeit: **Dr Watson** is a family physician and Associate Professor in the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto in Ontario. **Dr Al Odhayani** is a graduate student and academic fellow in the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto. **Ms Watson** is a marriage and family therapist, and Lecturer in the Department of Family and Community Medicine at the	Typische Verhaltensweisen eines Kindes, dass Opfer eine Kindeswohlgefährdung wurde.	Emotional missbrauchte Kinder können Gewohnheiten und sich wiederholendes Verhalten (z. B. Daumen-Saugen), das nicht altersentsprechend ist, zeigen. Chronischer emotionaler Missbrauch kann zu schwerwiegenden emotionalen Schäden für das Kind führen (z. B. Angst, Depression, Entzug oder selbstzerstörendes oder aggressives Verhalten). Die Diagnose eines emotionalen Missbrauchs kann erfolgen, wenn eine der folgenden diagnostischen Kriterien neben anderen Faktoren vorliegen: schwere Psychopathologie und gestörtes Verhalten des Kindes, dokumentiert von einem Psychiater; oder Situationen, in denen das einzige Elternteil psychotisch oder stark depressiv ist und daher unfähig ist, sich um das Kind zu kümmern. Emotionale Deprivation könnte im Zusammenhang mit folgendem vermutet werden: • Gedeihstörung; Ablehnung zu essen; antisoziales Verhalten (Aggression oder Rückzug); Angst oder Depression; aufmerksamkeitssuchendes	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Eine Kindeswohlgefährdung führt zu psychischen Veränderungen und Verhaltensveränderungen im Leben des Opfers, wodurch das Opfer in der Zukunft dem Risiko für potentielles gefährliches Verhalten ausgesetzt ist. Familienärzte spielen eine wichtige Rolle bei: der Identifizierung einer Kindeswohlgefährdung, dem Melden der Fälle bei Jugendämtern, dem Verhindern von weiterem Schaden des identifizierten Kindes sowie weiterer Kinder in der Familie und bei der Bereitstellung von Unterstützung und Hilfestellung für betroffene Familien. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Der narrative Review ist auf Grund seiner nicht systematischen Widergabe der Literaturrecherche und Vorgehensweise durch einen schwachen Level of Evidence bewertet. Die inkludierten Artikel werden nicht genannt wodurch die beschriebene Evidenz nicht gut einzuordnen ist.
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Überblick zu der Thematik erfolgte über syst. Literaturrecherche

			University of Toronto.		Verhalten; kriminelles Verhalten; oder Verhalten, das auf emotionale Turbulenzen hindeutet, z.B. Zwang, Starrheit oder Nicht-Kommunikation	**SCHWÄCHEN:** Methodik zur Auswertung d. gesichteten Literatur sowie des Fallbeispiels sind nicht beschrieben. Dadurch sind selection und detection bias wahrscheinlich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Barlow, J. (2012). Child maltreatment during infancy: Atypical parent-infant relationships. UK	Narrative Review	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit, wird nicht genannt. Der Schwerpunkt des Artikels liegt auf Misshandlungen, die während der ersten 2 Lebensjahre eines Kindes auftreten.	Der Schwerpunkt des Artikels liegt auf Misshandlungen, die während der ersten 2 Lebensjahre eines Kindes auftreten. Es ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat. Jane Barlow (DPhil FFPH (Hon)) ist Professor für „Public Health in the early years“ an der University of Warwick, Warwick Medical School, Coventry, UK.	Spezifische Aspekte der Eltern-Kind-Interaktion, die eine normale Säuglingsentwicklung ermöglichen. Faktoren, die eine stark schädigende Interaktion beschreiben (hier bezeichnet als atypisch oder anomal). Rolle des Kinderarztes bei der Beurteilung und Identifizierung einer solchen Eltern-Kind-Interaktion Wissenschaftliche Beweise zu den am besten geeigneten Management- und Behandlungsansät-	Mütterliche Risikofaktoren für eine atypische Eltern-Kind-Beziehungen: Eine Reihe von psychischen Problemen wurde festgestellt: Es hat sich gezeigt, dass die postnatale Depression mit der elterlichen Aufdringlichkeit (intrusiveness) und/oder Vernachlässigung verbunden ist, während stärkere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie mit weniger Sensitivität und Responsivität für das Baby verbunden ist, die Mutter zeigt sich distanziert, unsensibel/gefühllos, aufdringlich und egozentrisch und benutzt einen Sprachgebrauch, der wenig kindgerecht ist. Studien zeigen jedoch, dass [Mütter, die] Arzneimitteln ausgesetzt sind, höhere Negativität zeigen und mit fehlangepassten Beschäftigungen an den Säugling herantreten. Rolle des Kinderarztes: beinhaltet nicht nur die Beurteilung des Funktionierens des Säuglings, sondern untersucht ihre Funktionsweise im Kontext der Eltern-Kind-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Kinderärzte haben eine Schlüsselrolle bei der Sicherstellung der rechtzeitigen Beurteilung, Behandlung und Fremdunterbringung solcher Kinder. Hierbei spielt die Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion mit Hilfe von Diagnosesystemen wie DC: 0-3R eine wichtige Rolle. Es muss sichergestellt sein, dass misshandelnde Eltern von Säuglingen intensive Unterstützung erhalten werden, die den Einsatz von evidenzbasierten Ansätzen wie „Video-Interaction Guidance“ und Eltern-Kind Psychotherapie beinhalten. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters:* Nach wissenschaftlichen Standards wird der Artikel von Jane Barlow als Experten Meinung bewertet. Die Autorin ist fachkundig und gibt einen guten Überblick zu emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr und zu der Relevanz der Eltern-Kind Interaktion. Da die Autorin keine umfassende systemati-

				zen.	Beziehung. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Eltern gegeben werden, die ein hohes Risiko einer Misshandlung haben können, darunter auch Eltern, die bereits ein Kind in Fremdunterbringung abgeben mussten oder bei Kindern mit einem bestehenden Schutzplan, Eltern mit psychischen Problemen, Substanz-Missbrauch oder Gewalt in der Partnerschaft. Diagnostik-Instrument (ergänzend zu anderen): Das DC: 0-3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Revised 3R) hilft bei der Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Kindes in Bezug auf die Beziehungen des Kindes zu den Sorgeberechtigten.	sche Literatursuche mit anschließender Literaturauswertung durchführte, ist die Aussagekraft des Artikels schwach.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Eingrenzung der Patientengruppe, klar definierte Outcomes. **SCHWÄCHEN:** Review gibt eine Expertenmeinung wieder. Die Methodik für die Ergebnisgenerierung ist nicht beschrieben. Dadurch ist eine Vielzahl von Verzerrungen in der Ergebnisdarstellung möglich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Campbell, AM. & Hibbard, R. (2014). More than words: the emotional maltreatment of children USA	Narrative Review *What is known about emotional maltreatment?*	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit, wird nicht genannt. Die narrative Übersichtsarbeit fokussiert hauptsächlich emotionale Kindeswohlgefährdung	Es ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat. Zu den Autoren der narrativen Übersichtsarbeit: Section of Child Protection Programs, Indiana University School of Medicine	(Anhaltende) Effekte der emotionalen Misshandlung. Risikofaktoren der emotionalen Misshandlung Identifizierung/ Intervention/ Prävention von emo-	Verhaltensschwierigkeiten: Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angst und Aggressionen. posttraumatische Belastungsstörung: durch Überschätzung von Rückschlägen und Gefahren. Teilnehmer, die während den ersten 2 Lebensjahren misshandelt wurden, schienen mehr negative Ergebnisse	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Emotionale Misshandlung führt oft zu lebenslangen kognitiven, und sozialen Konsequenzen und Konsequenzen für die Verhaltensweisen von Kindern. Obwohl es jedes Kind jeden Alters beeinflussen kann, scheinen Kinder in den ersten Lebensjahren das größte Risiko zu haben, die negativsten und schädlichsten Konsequenzen zu erleiden. Der Schutz und

				tionaler Misshandlung.	zu zeigen als diejenigen, die nach dem 2. Lebensjahr misshandelt wurden. **Elterliches Verhalten:** Jede Interaktion mit dem Sorgeberechtigtem und dem Kind bietet die Möglichkeit, die Erziehungstechniken zu beobachten und die Stärken / Schwächen der Eltern-Kind-Beziehung zu bewerten. **Erziehungsstile**: Der/Die Sorgeberechtigte zeigt wenig oder keine Empfindlichkeit für die Bedürfnisse des Kindes, lehnt das Kind emotional oder körperlich ab wenn es Aufmerksamkeit sucht; zeigt erschreckendes, bedrohliches oder beleidigendes Verhalten gegenüber dem Kind; bezeichnet das Kind als grundsätzlich schlecht oder böse; zeigt Mangel an Besorgnis/Interesse beim Sprechen über das Kind; Reagiert auf Kind inkonsequent, oft mit emotionaler Entladung.	die Stärkung der Beziehung des Kindes zu seiner primären Betreuungspersonen ist bei der Entwicklung von Präventions- / Interventionsstrategien von größter Bedeutung, da das Wohlbefinden und die Konsequenzen für das Kind oft direkt mit dem seines Betreuers verbunden sind. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Übersichtsarbeit ist sehr anschaulich und ausführlich. Da keine umfassende systematische Literatursuche mit anschließender Literaturauswertung durchführt wurde, ist die Aussagekraft des Artikels schwach.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Sehr anschauliche und gut gegliederter Darstellung der Thematik. **SCHWÄCHEN:** Die Autoren beschreiben Auswirkungen von EM auf das Kind und die Beziehung von Kindern mit EM zu deren Personensorgeberechtigten. Quellen werden zitiert, allerdings fand keine systematische Literaturrecherche und Auswertung statt. Dadurch sind publication und selection bias, bezogen auf die Auswahl d. Evidenz, möglich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Dubowitz, H et al. (2002). Child	Single prospective	163 Kinder und deren Familien wurden aus 3	2 verschiedene Beobachtungen fanden statt: im Versuchsraum	<u>Verhalten des Kindes:</u> Child Be-	**Verhalten des Kindes:** Im Alter von 3 Jahren war die emoti-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Klinikärzte

neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers USA	cohort study *To examine the individual and cumulative relationships among physical, psychological, and environmental neglect and children's behavior and development at age 3, and the impact on changes in children's behavior and development between ages 3 and 5.*	pädiatrischen Kliniken für einkommensschwache, städtische Familien rekrutiert 30% Kinder wurden aus einer Wachstums- und Ernährungs-Klinik rekrutiert und hatten die Vorgeschichte einer Gedeihstörung; 26% Kinder wurden aus einer Klinik rekrutiert, die Kinder mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion (Human Immunodeficiency Virus) behandelt; 44% Kinder wurden aus einer allgemeinen pädiatrischen Grundversorgungs-Klinik rekrutiert **Mütter:** Staatl. Unterstützung inkl. med. Versorgung: 85%; Durchschnittsalter: 26.9 Jahre (SD 5.6) geringe Bildung: Ø 11.3 Jahre (SD 1.5) unverheiratet: 79% **Kinder:** Afroamerikaner: 93% Weiß 7%	und im Zuhause der Familien, die Evaluation wurden mit der Mutter und dem Kind durchgeführt; 1. Beobachtung als das Kind 3 Jahre alt war; 2. Beobachtung als das Kind 5 Jahre alt war. <u>Beobachtung im Versuchsraum</u>: Entwicklungsbewertung; Videoaufnahmen einer Spielsituation, bei der die Mutter und das Kind mit Blöcken spielen und ein Buch lesen; anschließend ein 1-stündiges Interview (standardisierte Fragebögen für demografische Informationen und Kinder- und Familienfunktion). <u>Beobachtung im Zuhause</u>: Besichtigung fand innerhalb von 2 Wochen nach dem Versuchsraum-Besuch statt (Dauer: 45 Minuten): Beobachtungen der Mutter-Kind-Interaktion, Interviews mit der Mutter über das Kind und Kinderbetreuungspraktiken; Inspektion wo das Kind aß, schlief und spielte.	havior Checklist (CBCL). <u>Kognitive Entwicklung des Kindes:</u> Stanford-Binet, 4th edition. <u>Depression der Mutter:</u> strukturierte diagnostische Interviews (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Vernachlässigung: Überprüfung der Lebensumstände (Home Observation Meausre of the Environment, HOME), des Wohlbefindens des Kindes (Child Well-being Scale, CWBS), Videoobservation der Mutter-Kind-Interaktion; mütterlicher Bericht über die Wohngegend (Perceived Neighborhood Scale).	onale Vernachlässigung signifikant mit internalisierenden (nach innen gerichtetem Verhalten) (B = 0.27; P = .002) und externalisierenden (nach außen gerichtetem Verhalten) (B = 0.23; P = .006) Verhaltensproblemen assoziiert, nachdem für die Depression der Mutter und das soziodemographische Risiko in Bezug auf Armut kontrolliert wurde. **Kognitive Entwicklung:** Es wurde kein Zusammenhang zwischen emotionaler Vernachlässigung und kognitiver Entwicklung gefunden. **Allgemeines Funktionieren des Kindes:** Wenn die Faktoren „mütterliche Depression, Gruppenzugehörigkeit, und soziodemographische Status" statistisch kontrolliert wurde, erklärte keiner der 3 Subtypen der Vernachlässigung Veränderungen im allgemeinen Funktionieren des Kindes im Alter von 3 bis 5 Jahren.	müssen besonders bei Hochrisiko-Situationen aufmerksam sein, in denen emotionale Vernachlässigung die Entwicklung und das Wohlbefinden des Kindes gefährden kann. Die Herausforderung ist, wie man Vernachlässigung in einer belebten Klinik identifiziert. Dubowitz et al. haben dafür praktische Richtlinien vorgelegt. Zum Beispiel können kurze Screening-Fragen können in das vorhandene System aufgenommen werden, einschließlich dem Zugang zu Gesundheitsversorgung und Medikamenten, angemessene Lebensmittelversorgung, mögliche Depressionen und soziale Unterstützung als Bewältigungsfähigkeiten. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Der Artikel bezieht sich auf Vorschulkinder, die in einem Risikosetting leben, damit repräsentiert die Stichprobe nicht die allgemeine Bevölkerung. Informationen zu depressiven Symptomen der Mutter oder dem Verhalten des Kindes werden durch Angaben der Mutter erhoben. Trotz der Mängel zeigt die Studie relevante Ergebnisse einer verwundbaren Zielgruppe im Kinderschutz.
EVIDENZLEVEL 2-						**STÄRKEN:** Klar definierte Outcomes **SCHWÄCHEN:** Kontrollgruppe fehlt (Single Cohort). Selection bias möglich:

		Jungen 54% Durchschnittsalter: 37 Monate (SD2.3)				Rekrutierung d. Probanden nicht genau beschrieben. Attrition bias möglich: kein Vergleich zwischen Teilnehmern, die während der Studienzeit abbrachen und denjenigen, die während der gesamten Zeit teilnahmen. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle sind bei den Ergebnisdarstellungen nicht gegeben.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Dubowitz, H et al. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect USA	Single prospective cohort study *Examines the relationships among three major subtypes of neglect (physical, psychological, and environmental), a summary measure of neglect, and neglect as defined by Child Protective Services (CPS).*	173 Kinder und deren Familien wurden aus 3 pädiatrischen Kliniken für einkommensschwache, städtische Familien rekrutiert. 83% der 173 Kinder wurden erfolgreich rekrutiert. 38% Kinder wurden aus einer Wachstums- und Ernährungs-Klinik rekrutiert und hatten die Vorgeschichte einer Gedeihstörung; 22% Kinder wurden aus einer Klinik rekrutiert, die Kinder mit erhöhtem Risiko für eine HIV-Infektion (Human Immunodeficiency Virus) behandelt; 40% Kinder wurden aus	2 verschiedene Beobachtungen fanden statt: im Versuchsraum und im Zuhause der Familien, die Evaluation wurden mit der Mutter und dem Kind durchgeführt; 1. Beobachtung als das Kind 5 Jahre alt war 2. Beobachtung als das Kind 6 Jahre alt war Beobachtung im Versuchsraum: Entwicklungsbewertung; Videoaufnahmen einer Spielsituation, bei der die Mutter und das Kind mit Blöcken spielen und ein Buch lesen; anschließend ein 1-stündiges Interview (standardisierte Fragebögen für demografische Informationen und Kinder- und Familienfunktion).	Vernachlässigung (körperlich, emotional und umgebungs-bedingt): Überprüfung der Lebensumstände (Home Observation Meausre of the Environment, HOME), des Wohlbefindes des Kindes (Child Well-being Scale, CWBS), beide von Assistenzforschern beurteilt; mütterlicher Bericht über die Wohngegend (Perceived Neighborhood Scale) Meldungen einer Kindeswohlgefährdung beim Ju-	Emotionale Vernachlässigung zeigt geringe Effekte für die Prognose einer **Beziehung mit Gleichaltrigen** als auch für **externalisierende Verhaltensprobleme**. Wenn für die Untergruppen, körperliche und umgebungsbedingte Vernachlässigung, statistisch nicht mehr kontrolliert wird, bleibt dieser Effekt bestehen. Ein Trend für die Prognose von internalisierenden Verhaltensproblemen ist zusätzlich zu sehen. In der Analyse des Mehrfaktorenmodells ist emotionale Vernachlässigung ist signifikant mit einer Reihe der Endpunkte verbunden.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Es erscheint sinnvoll, die Vernachlässigung in Subtypen zu unterteilen (körperlich, emotional und umgebungsbedingt), um die Einflussfaktoren und die Folgen der unterschiedlichen Vernachlässigungserfahrungen und Auswirkungen auf Intervention zu untersuchen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters:* Das Studiendesign schwächt das Evidenzlevel durch die Einschränkung keiner Kontrollgruppe. Des Weiteren besteht die Stichprobe aus Vorschulkindern, die durch verschiedenste Risikofaktoren (z.B.: schwacher sozio-ökonomischer Status) vorbelastet sind.
EVIDENZLEVEL 2-						**STÄRKEN:** rel. Große Teilnehmeranzahl. Klar definierte Outcomes **SCHWÄCHEN:** Kontrollgruppe fehlt (Sin-

		einer allgemeinen pädiatrischen Grundversorgungs-Klinik rekrutiert Eine Kontrollgruppe, die auf das Alter des Kindes, Geschlecht, Herkunft und soziale Klasse abgestimmt wurde, wurde von der primären Versorgungsklinik rekrutiert; mehr als 90% der geeigneten Kinder und Familien nahmen an der Studie teil. Alter der Kinder: 3-5 Jahre Als die Kinder 5 Jahre alt waren, waren die meisten Mütter Anfang 30 (M = 32,1, SD = 8,7 Jahre), hatten einen niedrigen Bildungsstand (M = 11,2, SD = 1,8 Schuljahre, 52% ohne Sekundärschulabschluss), waren unverheiratet (79%), Afroamerikaner (94%), waren arbeitslos (62%) und erhielten staatl. Unterstützung inkl. med. Versorgung (78%) und Beihilfen für Familien mit unterhaltspflichtigen	Beobachtung im Zuhause: Besichtigung fand innerhalb von 2 Wochen nach dem Versuchsraum-Besuch statt (Dauer: 45 Minuten): Beobachtungen der Mutter-Kind-Interaktion, Interviews mit der Mutter über das Kind und Kinderbetreuungspraktiken; Inspektion wo das Kind aß, schlief und spielte.	gendamt Verhalten des Kindes: Child Behavior Checklist (CBCL), ausgefüllt von Müttern und Lehrern Kovariate: Mütterliche Depression (Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale (CES-D)) und Vorgeschichte einer Misshandlung (Meldungen einer Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt)		gle Cohort). Selection bias möglich: Rekrutierung d. Probanden nicht genau beschrieben. Attrition bias möglich: kein Vergleich zwischen Teilnehmern, die während der Studienzeit abbrachen und denjenigen, die während der gesamten Zeit teilnahmen. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle sind bei den Ergebnisdarstellungen nicht gegeben.

		Kindern (73%). Die meisten (90%) der Kinder waren Afro-amerikaner und 50% waren männlich. Minderheitenfamilien, die ärmlich in gefährlichen, verarmten, städtischen Gegenden leben.				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Egeland, B. & Sroufe, LA. (1981). Developmental Sequelar of Maltreatment in Infancy USA	Prospektive Kohortenstudie	267 Mutter-Kind-Paare, die aufgrund von Armut, niedrigem Bildungsstand, Alter der Mütter (40% Teenager), limitierten Ressourcen und Erziehungsfähigkeiten und generell unstrukturierten Lebensumständen, als gefährdet für Entwicklungsprobleme galten. Die Rekrutierung der Teilnehmenden basierte auf dem Vorliegen von Risikofaktoren und nicht auf Basis einer festgestellten Kindeswohlgefährdung. 200 Mütter wurden ab dem dritten Trimester der Schwangerschaft beobachtet und anhand	Die Mütter wurden nach 7 und 10 Tagen und 3, 6 und 12 Monate nach der Geburt zuhause in Interaktion mit ihrem Kind beobachtet und anhand der Ergebnisse in die verschiedenen Gruppen (Physisch misshandelnd, Ablehnend/Verbal missbrauchend, Psychologisch abwesenden, Vernachlässigend) unterteilt. Bei jedem Besuch wurde die „Child Care Rating Scale" ausgefüllt und die Mutter wurde zu ihren Erziehungsfähigkeiten, ihren Gefühlen gegenüber dem Kind, ihren Disziplinarmaßnahmen, usw. befragt. Zusätzlich wurden Daten von Beobachtungen und andere Informationen systematisch jedes Mal wenn die Mutter die "Maternal and Infant Care Clinic" aufsuchte oder den Versuchsraum der	**Kognitive Entwicklung des Kindes:** Messung nach 9 und 12 Monaten anhand der "Bayley Scales of Infant Development" **Mutter-Kind-Interaktion:** Beobachtung nach 3 Monaten in einer "Fütterungs-Situation". Nach 6 Monaten wurden Mutter und Kind in zwei "Fütterungs-Situationen" und in einer Spiel-Situation beobachtet. Es wurde eine Anzahl von Interaktionen des Kindes	<u>Bezüglich der psychologisch abwesenden Mütter:</u> **Bindungsqualität**: 43% der Kinder von emotional abwesenden Müttern wurden nach 12 Monaten bezüglich ihrer Bindungsmuster als „ängstlich/vermeidend" eingestuft und 57% als „sicher". Nach 18 Monaten wurden 86% als „ängstlich/vermeidend" klassifiziert. **Problemlösungsstrategien:** Nach 24 Monaten war die Anzahl von Frustration, Weinen und Negativem Affekt am größten bei Kindern dieser Gruppe, sie zeigten Frustration und Ärger zu einem früheren Zeitpunkt in der Aufgabe zum Problemlösen. **Kognitive Entwicklung:** Kinder zeigten geringere Werte auf der Bayley Scale of Infant Development, im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Zusätzlich zeigte sich eine	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* In vielerlei Hinsicht ist das Muster des sinkenden kognitiven Funktionierens das wichtigste Ergebnis, das wir aufgedeckt haben. Obwohl die meisten Kinder in den Misshandlungsgruppen nach 9 Monaten auf dem normalen Entwicklungsniveau arbeiteten, erschienen sie nach 24 Monaten relativ verzögert. Darüber hinaus waren die in der emotional abwesenden Gruppe vor allem robuste Babys im Alter von 3 Monaten, aber auch nach 6 Monate sanken ihre Funktionsfähigkeiten deutlich. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Obwohl die Studie im Jahr 1981 durchgeführt wurde, wurde sie für die Entwicklung der Handlungsempfehlungen herangezogen. Gründe dafür waren: Die Entwicklung der Kinder wird von dem letzten Schwangerschaftsdrittel

		der Beobachtungen in Gruppen unterteilt, die den jeweiligen Erziehungsstil bzw. die eventuelle Missbrauchsform wiedergeben. Körperlich misshandelnd: N = 24; Ablehnend/Verbal missbrauchend: N = 19; psychologisch abwesend: N = 19; Vernachlässigend: N = 25. Mütter, die einen adäquaten Erziehungsstil zeigten, wurden in die Kontrollgruppe inkludiert (N=85). Es ist nicht deutlich, ob die restlichen 28 Kinder unterschiedliche Formen der Kindeswohlge-fährdung erlitten. Es war nicht möglich, die Väter der Kinder zu inkludieren, da 62% der Mütter ledig waren und sich viele in unstabilen Beziehungen befanden.	Autoren zwecks der Studie aufsuchte im 9, 12, 18, und 24 Monat, gesammelt.	und der Mutter bewertet. **Bindungsqualität:** Messung nach 12 und 18 Monaten anhand der „Strange Situation procedure". **Problemlösung:** Messung nach 24 Monaten (Autonomie, unabhängiges selbständiges Beschäftigen, Ressourcen um mit einer frustrierenden Situation umzugehen).	Verschlechterung 9 und 24 Monaten.	hin zu 24 Monaten anhand verschiedener Messungen/Tests verfolgt. Die verschiedenen Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsformen werden konkret differenziert und beschrieben. Der Einfluss körperlicher Misshandlung wird kontrolliert. Die Studie stellt einen Grundstein zur Entwicklungsbetrachtung misshandelter/vernachlässigter Kinder dar. Einschränkung: Die 267 teilnehmenden Mütter stammen aus einer Hochrisikogruppe (40% „teenager mums", Armut, eingeschränkter Bildungszugang u.a.). Zudem sind die Gruppen bei genauer Unterscheidung bzw. nach Kontrolle für körperliche Misshandlung nur noch sehr klein.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Grundlagen für weitere Studien wurden geschaffen **SCHWÄCHEN:** Publikation ist älter als 20 Jahre: Kontext d. Studie u.a. abhängig von den damaligen Gegebenheiten. Selection bias möglich: Auswahl d. Probanden nicht genau beschrieben. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle sind bei den Ergebnisdarstellungen nicht gegeben.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Egeland, B et al. (1983). The developmental consequence of	Prospektive Kohortenstudie	267 Mutter-Kind-Paare, die aufgrund von Armut, niedrigem Bildungsstand, Alter der Mütter	Die Mütter wurden 7 und 10 Tage und 3, 6 und 12 Monate nach der Geburt zuhause in Interaktion mit ihrem Kind	Reaktion in frustrierenden Situationen; Mutter-Kind-Interaktion; Be-	<u>Ablehnend/Verbal missbrauchend:</u> Kinder, deren Mütter ablehnend/verbal missbrauchend waren, schnitten bei der „barrier box task"	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Ein markantes Merkmal der Kinder, deren Mütter psychologisch abwesend

different patterns of maltreatment USA		(40% Teenager), limitierten Ressourcen und Erziehungsfähigkeiten und generell unstrukturierten Lebensumständen, als gefährdet für Entwicklungsprobleme galten. Die Rekrutierung der Teilnehmenden basierte auf dem Vorliegen von Risikofaktoren und nicht auf Basis einer festgestellten Kindeswohlgefährdung. Mütter, die einen adäquaten Erziehungsstil zeigten, wurden in die Kontrollgruppe inkludiert. <u>Mütter bei Geburt:</u> Alter: 12 bis 34 Alleinstehend: 62% Ungeplante Schwangerschaft: 86% Afroamerikanisch:13% Hispanic/Native American: 7% Mixed: 15% <u>Unterteilung des Erziehungs-stils/Missbrauchsformen:</u>	beobachtet und anhand der Ergebnisse in die verschiedenen Gruppen (Physisch misshandelnd, Ablehnend/Verbal missbrauchend, Psychologisch psychisch, Vernachlässigend) unterteilt. Bei jedem Besuch wurde die „Child Care Rating Scale" ausgefüllt und die Mutter wurde zu ihren Erziehungsfähigkeiten, ihren Gefühlen gegenüber dem Kind, ihren Disziplinarmaßnahmen, usw befragt. Zusätzlich wurden Daten von Beobachtungen und andere Informationen systematisch jedes Mal wenn die Mutter die "Maternal and Infant Care Clinic" aufsuchte oder das Labor der Autoren zwecks der Studie aufsuchte im Alter 9, 12, 18, und 24 Monaten, gesammelt. Im Alter von 42 Monaten wurden die Kinder in der *Hindernis-Box* (barrier box) und während vier *Lehr-Aufgaben* per Videokamera aufgenommen. Die Barrier Box misst die Reaktion der Kinder in frustrierenden Situationen bzw. ihre Fähigkeit, mit frustrierenden Situationen umzugehen. Die *Lehr-Aufgaben* ermöglichen eine Beobachtung	ständigkeit des Kindes, eine Aufgabe zu lösen; wie überzeugt und bestimmt das Kind mit der Umwelt agiert („agency"); wie das Kind Impulse kontrolliert und sich an die Vorschulumgebung anpasst („ego control"); Abhängigkeit von Lehrern für Unterstützung und „nurturance"; soziale Fähigkeiten in einer Gruppe; positiver Affekt; negative emotionale Grundstimmung („emotional tone"); Konformität gegenüber den Lehrern.	schlechter ab als Kinder der Kontrollgruppe. Die Interaktion mit den Müttern war charakterisiert durch Negativität, Nichtbeachtung (non-compliance), fehlende Zuneigung und häufiges Abwenden von der Mutter. <u>Psychologisch abwesend:</u> Die Kinder in der Gruppe der „psychisch abwesenden" Mütter zeigten in der barrier box mangelnde Kreativität bei der Problemlösung. In der *Lehr-Aufgabe* waren sie weniger beharrlich und weniger enthusiastisch als Kinder der Kontrollgruppe. Die von den Lehrern ausgefüllte "Preschool Behavior Questionnaire" und die für die Studie entwickelte "31-item behavior checklist" zeigten hoch signifikante Unterschiede zwischen den Kindern der Kontrollgruppe und den Kindern der psychologisch abwesenden Mütter. Sie hatten deutlich höhere Werte in beiden Messinstrumenten und zeigten allgemein höhere Werte in den pathologischen Aspekten. Sie zeigten in der Vorschule zudem eine hohe Abhängigkeit und fehlende Ego-Kontrolle. Dies deutet auf eine schlechtere Anpassung der Kinder im Vergleich zu den Kindern der Kontrollgruppe hin.	sind, ist die große Anzahl pathologischer Verhaltensweisen, die diese Kinder im Vorschulalter vorweisen. Das von diesen Kindern im Alter von 1 bis 2 Jahren präsentierte Bild war Anlass für große Sorge, welche bis in die Vorschuljahre anhielt. Ergebnisse des Strange Situations Tests zeigten, dass diese Kinder eine Abwehrhaltung gegenüber ihren Mütter im Alter von 12 bis 42 Monaten zeigten. Sie waren wütend und ungehorsam sowohl gegenüber ihren Müttern als auch in der Vorschule. Diese Kinder zeigten wenig Kreativität, Beharrlichkeit oder Begeisterung in ihrem Ansatz für Aufgaben im Alter von 42 Monaten und waren sehr abhängig von der Hilfe ihrer Lehrern, Unterstützung und Versorgung in der Vorschule. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die vorliegende Studie basiert auf der oben genannten Studie von Egeland und Soufre aus dem Jahr 1981. Es wurden dieselben Kinder zu späteren Zeitpunkten beobachtet. Obwohl die Studie im Jahr 1983 durchgeführt wurde, wurde sie für die Entwicklung der Handlungsempfehlungen herangezogen. Gründe dafür waren: Die Entwicklung der Kinder wird von dem letzten Schwangerschaftsdrittel hin zu 56 Monaten anhand verschiedener Messungen/Tests verfolgt. Die verschiedenen Misshandlungs- bzw. Vernachlässi-

		Körperlich misshandelnd: N = 24; Ablehnend/Verbal missbrauchend: N = 19; Psychologisch psychisch: N = 19; Vernachlässigend: N = 24	der Interaktion zwischen Mutter und Kind. 80 Kinder wurden im Alter von 4-5 Jahren intensiv in der Vorschule oder in der Tagesbetreuung beobachtet, dabei füllten auch Lehrer Fragebögen aus.			gungsformen werden konkret differenziert und beschrieben. Der Einfluss körperlicher Misshandlung wird kontrolliert. Die Studie stellt einen Grundstein zur Entwicklungsbetrachtung misshandelter/vernachlässigter Kinder dar. Einschränkung: Die 267 teilnehmenden Mütter stammen aus einer Hochrisikogruppe (40% „teenager mums“, Armut, eingeschränkter Bildungszugang u.a.). Zudem sind die Gruppen bei genauer Unterscheidung bzw. nach Kontrolle für körperliche Misshandlung nur noch sehr klein.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Ergebnisse verschiedener Untersuchungen wurden über einen langen Beobachtungszeitraum untersucht: ab der Geburt bis zum Vorschulalter der Teilnernehmer. **SCHWÄCHEN:** Publikation ist älter als 20 Jahre: Kontext d. Studie u.a. abhängig von den damaligen Gegebenheiten.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Hoytema van Konijnenburg, EMM et al. (2015). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after	Cross-sectional Study	<u>Für das “Amsterdam protocol”</u> 07/ 2012 – 02/2014: 6 Notaufnahmen in Amsterdam; 777 Familien mit 1332 Kindern <u>Für das “Haguer protocol“</u>	Vergleich der beiden Screening-Verfahren <u>Verfahren „Hague protocol“:</u> Bei Vorstellung eines Patienten in der Notaufnahme aufgrund einer oder mehrerer u.g. Gründe wird dieser befragt. Vorstellungsgründe: 1. Innerpartnerschaftliche Ge-	Vergleich der beiden Screening-Verfahren („Haguer protocol“ und „Amsterdam protocol“).	<u>Für das „Amsterdam protocol”</u> Von den 777 Familien mit 1332 Kindern wurden 212 Familien mit 360 Kindern nach Protokoll gemeldet. <u>Einschätzung Kindeswohlgefährdung:</u> bestätigt (39%) verdächtig (12%) ausgeschlossen (26%) unbekannter Status (23%)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Trotz der Unterschiede sind beide Verfahren ein geeignetes Mittel um das Risiko einer Kindeswohlgefährdung zu identifizieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Beide Studien zeigen einen hohen positiven Vorhersagewert für eine

intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt Netherlands		12/2006 – 12/2011: 5 Notaufnahmen in Den Haag 565 gemeldete Familien mit 972 Kindern <u>Einschlusskriterien:</u> Erwachsene, die sich in der Notaufnahme vorstellen und die Verantwortung für ein minderjähriges Kind tragen oder schwanger sind. Vorstellungsgrund 1. Innerpartnerschaftliche Gewalt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus (alle Substanzarten) <u>Ausschlusskriterien:</u> Erwachsene, die für kein minderjähriges Kind verantwortlich sind oder mit keine der obigen Gründe vorstellig wurden	walt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus (mit Kriterien für "harte und weiche Drogen"). Der/Die PatientIn wird von einem geschulten Professionellen (Pflegekraft/MedizinerIn) in der Notaufnahme gefragt, ob er/sie verantwortlich für ein minderjähriges Kind ist oder schwanger ist. Bei fehlender Ansprechbarkeit des Patienten wird diese Information z.B. bei der Polizei eingeholt. Diese Information wird dann an die RCCAN* zur Überprüfung weitergeleitet. Die RCCAN nimmt in der folgenden Woche Kontakt mit der Familie auf und überprüft eine mögliche Kindeswohlgefährdung anhand der CARE NL**. Ein Sozialarbeiter und ein Arzt holen Informationen (Befragung von Kinderarzt, Schule, the Well Baby Clinics and the School Health Care system) zur häuslichen Situation ein und schätzen eine Kindeswohlgefährdung ein. Es werden alle Kinder ab 6 Jahre von einem Verhaltensspezialisten untersucht. <u>Es wird nach 3 Kategorien un-</u>		<u>Körperliche Untersuchung:</u> Bei der Untersuchung zeigten sich bei 10 von 197 Kindern (5%) zeigten sich Auffälligkeiten. Zeichen körperlicher Vernachlässigung wurde bei 6 Kindern und Zeichen körperlicher Misshandlung wurde n bei 2 Kindern, die Beschreibung der 2 anderen Kinder fehlt. <u>Für das „Haguer protocol"</u> 565 gemeldete Familien mit 972 Kindern Davon wurden 100 Familien (Stichprobe) für den Vergleich ausgewählt. <u>Einschätzung Kindeswohlgefährdung:</u> bestätigt (91%) verdächtig (7%) ausgeschlossen (2%) Es zeigte sich, dass das RCCAN* mit 98% im Gegensatz zum Personal der Kinderklinik mit 51% mehr Kindeswohlgefährdungen identifiziert. Die Weiterleitungen an das RCCAN* sind prozentual nahezu gleich mit 82% versus 80% der gesamten Fallzahlen. Die körperliche Untersuchung ergab in der Amsterdam-Studie in 5 % der Fälle Zeichen für eine Kindeswohlgefährdung. Der häufigste Gefährdungsgrund war	Kindeswohlgefährdung bei Auffälligkeiten von elterlichen Risikofaktoren. Sowohl in der Amsterdamer Uni-Kinderklinik als auch beim RCCAN*erfolgt die Risikoeinschätzung interdisziplinär und multiprofessionell. Die Qualifikation der Mitarbeitenden der Ambulanz der Uni Kinderklinik ist geringer als die der Mitarbeitenden bei RCCAN*. Dies könnte die unterschiedlichen Werte für den positiven prädiktiven Wert erklären. Des Weiteren kann die Häufigkeit der Gefährdungseinschätzung eine Rolle spielen.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Klare Ein- und Ausschlusskriterien, wodurch die Patienten in beiden Städten vergleichbar werden. **SCHWÄCHEN:** Die Voraussetzungen der Notaufnahmen in Amsterdam und Den Haag sind nicht gleich. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle sind bei den Ergebnisdarstellungen nicht gegeben. Datenerhebung in Amsterdam zeitversetzt zur Datenerhebung in Den Haag.

			terschieden: 1. Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung: Entsprechend wird mit der Familie ein Hilfeplan auf freiwilliger Basis erarbeitet; bei fehlender Akzeptanz der Hilfen erfolgt eine offizielle Meldung einer Kindeswohlgefährdung. 2. Keine sichere Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung Es werden keine Hilfen installiert. Die Daten des Kindes werden im RCCAN*-System belassen. 3. Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung Die Daten werden aus dem Datensystem der RCCAN* entfernt und der Ausschluss wird in der Patientenakte des betreffenden Elternteils im Krankenhaus vermerkt. Die Eltern erhalten ein Entschuldigungsschreiben des Krankenhaus-Vorstandes. Verfahren „Amsterdam protocol“: Verfahren wie im “Haguer protocol”; anstelle der Weiterleitung der Daten der identifizierten Kinder an das RCCAN* erfolgt eine Weiterleitung werden die Daten an die pädiatrische Ambulanz weitergeleitet.		die Zeugenschaft von Gewalt.	

			Dort erfolgt auch eine körperliche Untersuchung (im Gegensatz zum Haguer protocol) und Vermittlung an andere Dienste. Erst bei Ablehnung einer Vorstellung in der Ambulanz erfolgt die Weiterleitung an das RCCAN*.			
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Maguire, SA et al. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. UK	Systematic Review	12.667 identifizierte Treffer; nach Entfernung von Duplikaten wurden 111 Volltexte überprüft; davon wurden 30Artikel inkludierte (von 26 Studien). Einschlusskriterien: Kinder zwischen 5-14 Jahre (Mehrheit 6-12 Jahre), die vernachlässigt und/oder emotional misshandelt wurden ohne körperlich oder sexuell misshandelt worden zu sein, Autoren haben explizit emotionale und kognitive Eigenschaften und das Verhalten der Kinder beobachtet und erfasst. Artikel die eine bestimmte Definition der Kindeswohlgefährdung bein-	Die Literatursuche erfolgte über 18 Datenbanken in allen Sprachen ab dem Tag der Suche bis August 2012. Die Suchstrategie wurde via Ovid MEDLINE entwickelt mittels MeSH-Termen und freiem Text, jeweils angepasst an die Datenbanken. Die Suche wurde limitiert auf Studien aus OECD Ländern, da diese eine vergleichbare ökonomische Situation widergeben. Zusätzliche Suchen wurden ausgeführt um nicht-indexierte Zeitschriften, relevante Organisationen, Webseiten, Expertenaussagen (consultation with subject experts) und relevante Referenzen von Volltexten zu inkludieren.	Erkennbare Eigenschaften bei Kindern zwischen 5 und 14 Jahren die vernachlässigt und/oder emotional misshandelt wurden.	10 von 30 Studien thematisierten das Thema emotionale Misshandlung Externalisierendes Verhalten: weniger prosoziales Verhalten bei Kindern, die emotional misshandelt wurden (Alink et al. 2012); keine Beziehung zwischen externalisierendem Verhalten und Vernachlässigung (Kaufman & Cicchetti 1989, Alink et al. 2012). Internalisierendes Verhalten: mit Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung wurden mehr internalisierende Verhaltensauffälligkeiten assoziiert (Manly et al. 2001). ADHD: vernachlässigte Kinder zeigten mehr Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle als Kinder der Kontrollgruppe; bei schwerwiegenderer emotionalen Misshandlung zeigten sich stärkere Anzeichen von Impulsivität (Finzi et al. 2003, Fischbein et al. 2009); vernachlässigte und emotional	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die Auswirkungen von Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung ist deutlich ersichtlich bei Schulkindern. Die Kombination von externalisierendem Verhalten, niedrigem Selbstwertgefühl, schwachen sozialen Fähigkeiten und ADHD-Eigenschaften tragen zu den schwachen akademischen Leistungen und den Schulschwierigkeiten bei. Viele der betroffenen Kinder sind Erziehungs- Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen bekannt aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten oder emotionalen Aspekte. Entscheidend für die Fachkräfte ist es, aktiv Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung als Grund für Auffälligkeiten der Kinder in Betracht zu ziehen, unabhängig von dem Hintergrund oder sozialer Umstände. Ein sensitives und fundiertes Gespräch mit dem Kind kann dessen Erfahrungen und Lebensumstände deutlich machen.

		halten (z.B. WHO). <u>Ausschlusskriterien:</u> Studien die lediglich sexuellen oder physischen Missbrauch thematisieren; Studien die sexuellen/ physischen Missbrauch mit Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung vermengen; Studien, wo die Daten über Vernachlässigung/ emotionale Misshandlung nicht extrahiert werden konnten; Studien die die Handhabung oder Komplikationen von Vernachlässigung thematisieren; Studien ohne Daten/Dokumentation bzgl. der Auswirkungen auf das Kind (emotional, Verhalten, psychologisch, Entwicklung); Einzelfallstudien; Fallserien mit weniger als drei Fällen; Konsens- oder Expertenmeinungen; persönliche Praxiserfahrung; Übersichtsartikel; systematische Reviews			misshandelte Kinder zeigten niedrigere "ego resiliency" und höheres „ego under control" als Kinder aus der Kontrollgruppe (Manly et al. 2001). Interaktion mit Gleichaltrigen: Emotionale Misshandlung hatte eine gute Prognose bezüglich der Ablehnung von Gleichaltrigen besonders wenn die Kinder älter werden (Kim & Cicchetti, 2010); emotional misshandelte Kinder hatten weniger erwiderte Spiel-kameraden, und die Wahrscheinlichkeit einen besten Freund/Freundin zu benennen war geringer, sie zeigten zudem eine Abnahme im Selbstwertgefühl. Emotionales Wohlbefinden: vernachlässigte oder emotional misshandelte Kinder zeigten ähnliche Minderungen bzgl. des Selbstwertgefühls. In einer longitudinalen Studie bzgl. der Beziehung zwischen frühen Misshandlungserfahrungen, Selbstwertgefühl und späteren Anpassungsproblemen (Kim & Cicchetti 2006), war emotionale Misshandlung stark assoziiert mit niedrigen Levels des Selbstwertgefühls zu Beginn der Studie und war vorhersagend für weitere Veränderungen des Selbstwertgefühls im Vergleich zu der Kontrollgruppe im Laufe der Zeit.	*Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die vorliegende Studie filtert eine große Anzahl von Faktoren heraus, die als Folge von emotionaler Misshandlung oder Vernachlässigung entstehen können. Hierbei wird der Einfluss von sexuellem und körperlichem Missbrauch ausgeschlossen, indem lediglich Studien, die emotionale Misshandlung und Vernachlässigung thematisieren, herangezogen werden. Eine systematische Literaturrecherche wurde korrekt durchgeführt und wichtige Inhalte der inkludierten Artikel wurden tabellarisch wiedergegeben. Die Begriffe „emotional abuse" und „neglect" werden jedoch größtenteils in den Ergebnissen vermengt. Für die vorliegende PICO-Frage war es unabdingbar, genau zu differenzieren, welche Ergebnisse sich auf Folgen von Vernachlässigung und welche auf Folgen von emotionale Misshandlung beziehen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Strukturiert und gut erarbeitete Übersichtsarbeit. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: die Methode zur Auswahl der Evidenz wird nicht genau erläutert und exkludierte Literatur wird nicht gelistet. Selection bias: die Qualität der verwendeten Studien wird nicht unter-

					Intellektualität: Kinder, die eine emotionale oder körperliche Vernachlässigung erfahren zeigten eine niedrigere allgemeine Intelligenz und schwächere exekutive Entscheidungskraft verglichen mit normativen Daten (Fischbein et al. 2009).	sucht bzw. dargestellt.
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Michel, A et al. (2014). Consequences of neglect in childhood and adolescence Deutschland	Narrativ Review	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit, wird nicht genannt. Die Übersichtsarbeit bezieht sich auf die aktuelle Forschungsliteratur bezüglich der Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter	Es ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat. <u>Zu den Autoren der narrativen Übersichtsarbeit</u>: Dr. phil. A. Michel ist an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig tätig.	Mögliche Folgen von Vernachlässigung in der Kindheit v. a. auf die psychische Entwicklung und Gesundheit. Ein besonderer Fokus liegt auf Beeinträchti-gungen der Bindungsorganisation im Kleinkindalter, die lang anhaltende Auswirkungen auf die Entwicklung haben können.	Folgen stehen im Zusammenhang mit der Art, Stärke und Häufigkeit, mit der die kindlichen Bedürfnisse nicht oder nur unzureichend erfüllt wurden, sowie mit dem Zeitpunkt. In bindungsrelevanten Situationen zeigen solche Kinder widersprüchliche motorische Verhaltensweisen, motorische Stereotypien oder geraten gar in emotional erstarrte Zustände („freezing“). Bei starker Vernachlässigung von Säuglingen oder Kleinkindern über längere Zeit kann dies zu tiefergreifenden Bindungsstörungen kommen: z.B. Mischung aus Annäherung, Vermeidung und Unwillen bei Zuspruch durch die Bezugsperson sowie Einschränkungen der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen und Aggressivität gegen sich selbst und andere; zusätzlich können emotionale Auffälligkeiten oder ein undifferenziertes übermäßig freundliches Zugehen auf	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das Erkennen von Vernachlässigung setzt eine hohe Bereitschaft von Kinderärzten voraus, sich in diesem Bereich fortzubilden. Die besondere Aufmerksamkeit sollte neben nichtorganischen Gedeihstörungen auf Beeinträchtigungen der Bindungsorganisation liegen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Das Evidenzlevel des vorliegenden Artikels konnte aufgrund einer fehlenden systematischen Suche nicht höher eingestuft werden. Die Übersichtsarbeit unterstützt die bisher aufgestellten Handlungsempfehlungen inhaltlich.
Evidenzlevel 4						**Stärken:** Verschiedene Konsequenzen von emotionaler Vernachlässigung werden präzise zusammengefasst. **Schwächen:** Die grundlegende Evidenz

					Fremde auftreten. Emotional misshandelte/ vernachlässigte Kinder zeigen eher ein enthemmtes Verhalten, können sich weniger gut kontrollieren, zeigen insgesamt mehr negative Gefühlsäußerungen und haben Schwierigkeiten, auf Probleme adäquat zu reagieren sowie diese zu lösen. Die produktiven und rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten von vernachlässigten Kindern sind schlechter = denkbar schlechte Voraussetzungen zur Bewältigung des Schulalltags. Aus verschiedenen Gründen ist bei vernachlässigten Kindern eine gelungene Anpassung (oft auch als Resilienz bezeichnet) eher selten zu beobachten.	für die Übersichtsarbeit basiert nicht auf einer strukturierten Literaturrecherche. Daher sind publication und selection bias wahrscheinlich.
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Naughton, AM et al. (2013). Emotional, behavioural, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review England	Systematic Review	Von insgesamt 22722 Studien wurden 42 Artikel inkludiert <u>Einschlusskriterien:</u> Stichprobe ist wohnhaft in einem OECD Land, Alter: 0-6 Jahre, Opfer von Vernachlässigung/ emotionale Misshandlung/ emotionaler Vernachlässigung, Autoren haben explizit emotiona-	Die Literatursuche erfolgte über 18 Datenbanken, Suchzeitraum 1.Januar 1960 bis 1. Februar 2011. Die Suchstrategie wurde in OVID MEDLINE Datenbanken entwickelt via Schlüsselwörtern und *MeSH-Terme*, in modifizierter Version für die verbleibenden Datenbanken.	Emotionale Eigenschaften, Verhalten und Entwicklung von vernachlässigten oder emotional misshandelten Vorschulkindern.	Eigenschaften der Kinder <u>Altersspanne: 0-20 Monate:</u> unsichere-desorganisierte Bindung; die Wirkung der Umgebung der misshandelnden Familie hat keinen Einfluss auf die soziale Interaktion eines Kindes. <u>Frühe Kindheit:</u> Zunahme fehlangepasste Funktionsmuster vom Säuglingsalter bis zu 3 Jahren; emotional vernachlässigte	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Obwohl Kategorien von Misshandlung und Vernachlässigung wichtig sind und uns über die Mechanismen von Kindesmissbrauch informieren, sollten Fachleute im sozialen und im Gesundheitsbereich sich bewusst sein, dass viele Kinder mehrerer Missbrauchsformen zum Opfer werden. Wir möchten vor zu strenger Kategorisierung in der Praxis warnen und befürworten, dass in allen Verdachtsfällen von Misshandlung

		le Eigenschaften, das Verhalten oder die Entwicklung des Kindes oder die Interaktion zwischen Kind und der/des Sorgeberechtigten beobachtet und erfasst. 42 Studien wurden inkludiert (28 Fall-Kontroll-Studien,13 Kohortenstudien und 1 Querschnittsstudie) <u>Fall-Kontroll-Studien:</u> in Bezug auf demografische Eigenschaften, inkl. Alter des Kindes, Alter der Mutter, Geschlecht des Kindes, Bildungsniveau der Eltern, Haushaltseinkommen, Ethnizität des Kindes und Nachbarschaftsmerkmalen abgestimmt 39 Studien haben direkte Beobachtungsinstrumente genutzt (zB „Bayley's" oder den „Strange Situation-Test"), die anderen drei haben standardisierte Bewertungsskalen genutzt			Kinder verhalten sich sauer und vermeidend gegenüber der Mutter; die Gruppe emotional misshandelter Kinder zeigte den größten Rückgang der Werte für kognitive Fähigkeiten zwischen 9 und 12 Monaten.	folgende Tests herangezogen werden sollten: Einschätzung der Entwicklung, Emotions-, Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen, Exploration der Eltern und ihrer Sicht auf das Kind, Informationen heranziehen über einzelgängerisches Spielen, Aggression, Feindseligkeit, Abhängigkeit von Erwachsenen und die Reputation bei gleichaltrigen Kindern in der Umgebung des Kindes. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Literaturrecherche erfolgte sehr umfassend und strukturiert, allerdings werden die Ergebnisse der Literaturbewertung unzureichend widergegeben. Eine Einsicht in die exkludierten Studien, sowie eine Auflistung der methodischen Qualität der inkludierten Studien fehlt. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt ausführlich.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Die Übersichtsarbeit fasst Indikatoren für eine emotionale Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung im Kindesalter zusammen. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Methodik zur Auswahl d. Evidenz nicht angegeben. Exkludierte Literatur wurde nicht gelistet.

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Rees, CA. (2010). Understanding emotional abuse. In: Archives of Disease in Childhood UK	Narrative Review	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit, wird nicht genannt. Die narrative Übersichtsarbeit thematisiert emotionale Misshandlung/Vernachlässigung im Allgemeinen.	Es ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat.	Erscheinungsformen emotionaler Misshandlung	Wirkungslose, unvorhersehbare, verwirrende oder angsteinjagende Kindererziehung verstört das kindliche Meinungsbild über die Erwünschtheit (desirability), die Zuverlässigkeit und die Sicherheit von Aufmerksamkeit, das Ausmaß in dem sie Aufmerksamkeit suchen und die Art und Weise wie sie Aufmerksamkeit suchen. Assoziierte Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl, sozialen Fähigkeiten, Empathie und Gesprächsführung, Stressregulation, Gefühl, Stimmung und Impuls, tragen zu einem emotional misshandelnden Verhalten bei, das aus einer schlechten Bindungen entsteht und zu einer schlechten Bindung führen kann. Das Verhalten emotional vernachlässigter Kinder geht oft einher mit unreguliertem Stress und Emotionen, Impulsivität, ersehnter Aufmerksamkeit, Überempfindlichkeit bei Missbilligung/Misserfolg/Ablehnung, fehlenden soziale Fähigkeiten, Schwierigkeiten bei Kontrollverlust Für das effektive Arbeiten mit emotionaler Misshandlung, braucht es Aufmerksamkeit für Details, mit dem	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Emotionale Misshandlung wurde im Gegensatz zu körperlicher und sexueller Misshandlung wenig im pädiatrischen Training/Praxis/Forschung behandelt. Das Erkennen von Schäden, die emotionale Misshandlung dem Gehirn zufügt, mit möglichen lebenslangen und generationsübergreifenden Folgen, sollte die Dringlichkeit anregen, Service, Training und Supervision in dem Bereich zu verbessern. Die Einschätzung des emotionalen Kontexts ist eine notwendige Schutzmaßnahme bezüglich aller Kinderschutz-Entscheidungen und deren Implementation - wodurch sich das Risiko reduziert, das Kind in unsicheren Lebenslagen zu lassen, verspätet alternative Kindererziehung zu etablieren und physische Sicherheit auf Kosten emotionalen Schadens zu erreichen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die narrative Übersichtsarbeit muss als Experten Meinung und daher mit einem schwachen Evidenzgrad bewertet werden. Eine umfassende und systematische Literaturrecherche und Literaturbewertung wurde nicht vorgenommen.

EVIDENZLEVEL 4					Fokus darauf, was das Kind braucht um für das Erwachsenenalter ausgestattet zu sein.	**STÄRKEN:** Konsequenzen emotionaler Misshzandlung, sowie Erfassungsmethoden werden zusammengefasst. Ergebnisse werden in übersichtlichen Boxen dargestellt. **SCHWÄCHEN:** Die grundlegende Evidenz für die Übersichtsarbeit basiert nicht auf einer strukturierten Literaturrecherche. Daher sind publication und selection bias wahrscheinlich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Taussig, HN. & Culhane, SE. (2009). Emotional Maltreatment and Psychosocial Functioning in Preadolescent Youth Placed in Out-of-Home Care. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma USA	Interviews	Einschlusskriterien: Kinder zwischen 9 und 11 Jahren, die via Gerichtsbeschluss fremduntergebracht wurden aufgrund einer Kindeswohlgefährdung und zum Zeitpunkt des Baseline-Interviews noch in der Fremdunterbringung untergebracht waren 93% der Personen die den Einschlusskriterien entsprachen, wurden involviert, und von 286 Interviews wurden 243 verwendet. Kinder: Weiblich: 48.1% Altersdurchschnitt: 10.4	Kinder: 2 Interviewsitzungen a 2 Stunden Sorgeberechtigte: Eine Interviewsitzung a 2 Stunden	Kinder: Kindeswohlgefährdung in den letzten zwei Jahren Bindung: “People in My Life measure (self-report)”; Soziale Akzeptanz & Selbstwertschätzung: Social Acceptance and Global Self Worth subscales (self-report); Angstzustände: Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (self-report); Posttraumatischer Stress: Trauma	135 Kinder, die emotional misshandelt wurden, wurden identifiziert (von 160) Unterschiede in dem Alter, der Herkunft oder Ethnie ist assoziiert mit jeglicher Art von emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung. Bei Jungen war die Wahrscheinlichkeit, im Stich gelassen zu werden (abandoned) höher, chi-square (1, N = 243) = 3.88, p = .049, und ein Trend konnte beobachtet werden, dass Jungen häufiger Gewalt exponiert wurden, chi-square (1, N = 243) = 3.14, p = .076. Emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung steht in den meisten Fällen nicht in Verbindung zu mütterlichen Charakteristiken wie kriminelle Vor-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass emotionale Misshandlung psychosoziales Funktionieren und zugehörige Ereignisse beeinträchtigen kann. Berichte von Erwachsenen über den Einfluss emotionaler Misshandlung in der Kindheit deuten darauf hin, dass Probleme von Jugendlichen die emotional misshandelt wurden sich nicht von selbst lösen (see Carbone, 2010; Dodge Reyome, in press; Riggs, 2010; Riggs & Kaminski, 2010). *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Durchführung der Studie ist gut. Es handelt es sich um eine relativ große Stichprobe und 2 Informationsquellen für die Datenerhebung (Kind, Sorgebe-

		(SD= 0.91) 46,9% Hispanoamerikaner, 48,6% Weiße (Caucasian), 28% Afroamerikaner Pflegefamilie: 47,3% Verwandtschaftspflege: 46,9% Wohngemeinschaft/ Wohnheim usw.: 5,8% Durchschnittliche Verbleibzeit in der Fremdunterbringung zum Zeitpunkt des Interviews: 6,4 Monate Emotional misshandelt: n= 160 <u>Sorgeberechtigte:</u> Weiblich: 89%		Symptom Checklist for Children (self-report); Lebenszufriedenheit: Delighted-Terrible Scale (self-report); Soziale, emotionale, und Verhaltensprobleme: Child Behavior Checklist (caregiver report). **Kindesmutter:** Vorgeschichte kriminellen Verhaltens, Substanzen-Missbrauch, psychische Erkrankung, eigene Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen.	geschichte, Substanzen-Missbrauch oder eigene Missbrauchsvergangenheit. Es gab lediglich zwei Ausnahmen: Jugendliche die als emotional misshandelt identifiziert wurden hatten mit geringerer Wahrscheinlichkeit Mütter die eine eigene Missbrauchsgeschichte hatten, chi-square (1, N = 243) = 4.69, p = .030, und Jugendliche die gezwungen wurden unangebrachte Verantwortungsniveaus zu übernehmen hatten mit höherer Wahrscheinlichkeit Mütter mit Substanzen-Missbrauch, chi-square (1, N = 243) = 3.99, p = .046. Mit emotionaler Misshandlung werden höhere Level an Symptomen von posttraumatischem Stress assoziiert (eigene Angabe), jedoch keine weiteren Variablen. Mit verbaler Aggression werden niedrigere Level von sozialer Akzeptanz und Selbstwertgefühl assoziiert (eigene Angabe) und höhere Level an posttraumatischen Stresssymptomen (eigene Angabe), aber keine internalisierenden und externalisierenden Symptome (Angabe des/der Sorgeberechtigten). Mit unangebrachter Verantwortung (Inappropriate responsibility) werden weniger soziale Probleme assoziiert (Angabe des/der Sorgeberechtigten),	rechtigter). Ein Mangel ist, dass keine Kontrollgruppe befragt wurde, dies hätte zu aussagekräftigeren Ergebnissen geführt.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Sowohl Kinder als auch Sorgeberechtigte wurden interviewt. Es werden verschiedenste Instrumente benutzt, um die Folgen einer emotionale Misshandlung/Vernachlässigung zu erfragen. **SCHWÄCHEN:** Moderator bias möglich: die Rolle des Forschers ist nicht klar beschrieben Selection bias möglich: nicht angegeben, ob Daten ausreichend sind für ein signifikantes Ergebnis.

					jedoch mit keinen anderen Variablen. Niedrigere Levels der Bindung zu Gleichaltrigen Gruppenmitgliedern, niedrigere Lebenszufriedenheit (life satisfaction) und höhere Level Angst (eigene Angabe) werden mit „im Stich lassen“ (Abandonment) assoziiert. Die Gewaltaussetzung wird mit geringeren Levels an posttraumatischem Stress assoziiert.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Tonmyr, L et al. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review Canada	Systematic Review	2344 gefundene Treffer, 144 Artikel auf Basis von Titel und Abstrakt selektiert, 45 Artikel inkludiert <u>Einschlusskriterien:</u> Artikel, die Resultate von originalen wissenschaftlichen Studien liefern zu den psychometrischen Eigenschaften von Instrumenten, die emotionale Misshandlung/Vernach-lässigung messen. <u>Ausschlusskriterien:</u> Studien, die ausschließlich folgendes beinhalten: Risikofaktoren für emotionale Misshand-	Es wurden 3 verschiedene Suchstrategien in PsycINFO und Medline entwickelt und Literatur im Zeitraum von 2000 bis 2010 gesucht: (a) Suche, die verschiedene Kombinationen von Schlüsselwörtern inkludierte (z.B. child, emotional neglect, psychological maltreatment or aggression, psychometric, screening and instruments) b) Suche nach identifizierten wichtigen (“Schlüssel”) Autoren, nach Namen von bekannten Messinstrumenten einer emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung, nach anderen potentiellen Informationsquellen in Kombination mit Suchwörtern	Psychometrische Eigenschaften und Nutzwerte von Messinstrumenten einer emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung.	17 Fragebögen, die auf Selbsteinschätzung basieren (Sorgeberechtigte, Kommune, klinische und zweckmäßige Stichproben von Erwachsenen, Heranwachsende, Studenten), 14 Interviews (Betreuer, Kinder, Studenten, Kommunen- und Stichproben von Erwachsenen), 1 Beobachtung (Mutter) und 1 involvierte bevollmächtigte Person (Mitarbeitende Kinderschutz). Der “Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)” scheint der führende retrospektive Fragebogen zur Messung einer emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung zu sein, der aktuell in Gebrauch ist (Baker & Maiorino, 2010). Entweder der CTQ oder der CTQ-SF wurde als Goldstandard genutzt um ETI-SF, CTI und ITEC zu validieren. [Der CTQ wurde] ausgiebig	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Obwohl einige vielversprechende Tests entwickelt wurden um emotionale Misshandlung/Vernachlässigung zu messen, sollten weitere IR reliability und Validität Tests für einige der existierenden Instrumente durchgeführt werden. Dies ist unabdingbar, bevor Empfehlungen zu den besten Messinstrumenten einer emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung gemacht werden können. Messinstrumente mit starken psychometrischen Eigenschaften sind wichtig, um Kinder zu identifizieren, die einer emotionale Misshandlung/Vernachlässigung ausgesetzt sind oder waren. Die Priorität, ein Instrument zur Messung von emotionaler Misshandlung/ Vernachlässigung zu entwickeln, sollte genau so hoch sein, wie die Entwicklung von Messinstru-

		lung/ Vernachlässigung und Endpunkte emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung, Messungen bzw. Meinungsbefragungen von Eltern bezüglich ihres Potentials eines Missbrauchs, Gewalterfahrungen junger Erwachsener, Ausgesetzt sein von häuslicher oder allgemeiner Gewalt, Missbrauch durch nicht-volljährige Täter (zB Geschwister oder Gleichaltrige).	bzgl. psychometrischer Eigenschaften (c) Suche nach Referenzen, die in den identifizierten Artikeln gefunden wurden		mit verschiedenen Stichproben und Sprachen getestet und wies gute Resultaten auf (zB. Garrusi & Nakhaee, 2009; Lundgren, Gerdner, & Lundquist, 2002; Paquette et al., 2004; Thombs, Bernstein, Lobbestael, & Arntz, 2009). Die Evaluation des CTQ zeigte, dass emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung mit mehr negativen Folgen assoziiert wurde in klinischen Stichproben als in Bevölkerungs-basierten Stichproben (Baker & Maiorino, 2010).	menten anderer Missbrauchsformen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Methodisch ist die systematische Übersichtsarbeit sehr gut. Inhaltlich werden die Messinstrumente leider nicht vorgestellt, sondern hauptsächlich die psychometrischen Eigenschaften der Messinstrumente. Die Evidenz zeichnet sich zudem durch inkonsistente Stichproben und Settings aus, was eine einheitliche Zusammenfassung der Instrumente erschwerte.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Die Auswahl der Treffer erfolgte systematisch. Die Ergebnisse wurden übersichtlich päsentiert. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: ausgeschlossene Studien sind nicht aufgelistet. Selection bias: die Qualität der verwendeten Studien wird nicht untersucht bzw. dargestellt. Conflicts of interests: Interessenskonflikte sind nicht eruiert worden.

Entwicklungs- und Verhaltensauffälligeiten						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Campbell, A.M. & Hibbard, R. (2014). More than words: the emotional maltreatment of children. USA	Narrative Übersichtsarbeit *Was ist über emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung bekannt?*	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit wird nicht genannt. Die narrative Übersichtsarbeit fokussiert hauptsächlich emotionale Kindeswohlgefährdung.	Es ist nicht ersichtlich, ob eine systematische Literaturrecherche stattgefunden hat. <u>Zu den Autoren der narrativen Übersichtsarbeit</u>: Andrew M. Campbell (BS) & Roberta Hibbard (MD), Abteilung für Kinderschutzprogramme, Indiana University School of Medicine.	Identifizierung von emotionaler Misshandlung.	Identifizierungskriterien für medizinische Fachkräfte: • Schwierige oder unangemessene Eltern-Kind-Interaktion beobachten • Gesichtsausdrücke & Sprache der Eltern bei Äußerungen über das Kind • Spezifische Risikofaktoren für emotionale Misshandlung/Vernachlässigung, die bei der Familie vorliegen könnten Medizinische Fachkräfte sind häufig in der Position, junge Kinder zu identifizieren, die einer emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung ausgesetzt sein könnten. Aufmerksamkeit für die Symptome einer emotionaler Misshandlung/ Vernachlässigung verbessert die Identifikation, vor allem wenn Risikofaktoren erkannt wurden und andere Formen einer Kindeswohlgefährdung bereits bekannt sind. Jede Eltern-Kind-Interaktion bietet die Möglichkeit, Erziehungstechniken zu beobachten und die Stärken/Schwächen der Beziehung zu	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Zukünftige Forschungsvorhaben müssen sich auf die Entwicklung von Präventions-/Interventionsprogrammen konzentrieren, die eine Zusammenarbeit mehrerer Organisationen thematisieren und kommunale Programme sowie soziale Dienstleister mit einbeziehen. Ressourcen und Unterstützung für Familien, die von emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung betroffen oder gefährdet sind können, so bereitgestellt werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Der vorliegende Artikel thematisiert die Risikofaktoren und die Identifizierung/Intervention/Prävention von emotionaler Misshandlung/ Vernachlässigung. Für die vorliegende PICO-Frage wurde lediglich der Aspekt der Identifizierung von emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung betrachtet. Da keine umfassende systematische Literatursuche mit anschließender Literaturauswertung durchgeführt wurde, ist die Aussagekraft des Artikels jedoch schwach.

EVIDENZLEVEL 4					bewerten. Wie sieht der Betreuer das Kind? Findet der Betreuer bei dem Kind Qualitäten, oder wird das Kind als allein verantwortlich für irgendwelche Schwierigkeiten angesehen, die die Betreuungsperson möglicherweise hat? Medizinische Fachkräfte müssen sich mit Verhaltensweisen der Eltern, die auf einen emotional missbrauchenden/vernachlässigenden Erziehungsstil hindeuten können, vertraut machen. Die Beobachtung der Reaktionen des Kindes auf das Verhalten der Bezugsperson kann ebenfalls Hinweise auf die Art der Interaktion liefern. Beispiele: Die Bezugsperson zeigt: • wenig/keine Sensibilität für die Bedürfnisse des Kindes • emotionale oder körperliche Ablehnung der Aufmerksamkeit des Kindes • erschreckendes, bedrohendes oder beleidigendes Verhalten ggü. dem Kind • bezieht sich auf das Kind als von Natur aus schlecht oder böse • mangelnde Besorgnis/Interesse, wenn man über das Kind spricht • reagiert auf das Kind inkonsequent, oft mit emotionaler Entladung. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zeigte sich erfolgreich bei der	**STÄRKEN:** Die Übersichtsarbeit ist sehr anschaulich und ausführlich. Der Artikel thematisiert emotionale Misshandlung/Vernachlässigung & befasst sich mit der Rolle der medizinischen Fachkräfte (medical professionals). **SCHWÄCHEN:** Die grundlegende Evidenz für die Übersichtsarbeit basiert nicht auf einer strukturierten Literaturrecherche. Daher sind publication und selection bias wahrscheinlich.

					Identifizierung von jungen Opfern einer emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung & bei der Bewältigung der sozialen, verhaltensbedingten und emotionalen Symptome des Kindes.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Heintze, C et al. (2006). Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. Deutschland	Quantitative Befragung	Alle niedergelassenen Kinderärzte Berlins (n = 326) und 13% der in Berlin tätigen Hausärzte (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, sonstige Ärzte; n = 326, Auswahl durch Zufallsstichprobe). Insgesamt beantworteten 40% der Kinderärzte (n = 123) und 20% der Hausärzte (n = 64) den Fragebogen. N= 187 ausgefüllte Fragebögen Durchschnittlich waren die Kinderärzte 12 Jahre und die Hausärzte 10,7 Jahre in eigener Praxis tätig. Die Niederlassungsdauer der antwortenden Kinder- und Hausärzte zeigte im	Die Kinder- und Hausärzte wurden bezüglich ihres Umgangs mit kindlichen Gewaltfällen in der eigenen Praxis befragt. Dazu gibt es bisher keinen validierten Fragenbogen, dieser wurde für die Studienziele entwickelt und nach einem Pilottest überarbeitet. Vierseitiger Fragebogen: • Informationen zum Praxisprofil des befragten Arztes/Ärztin, • Angaben zu registrierten Fällen von Gewalt gegen Kindern bezogen auf das Kalenderjahres 2003 • Erfahrungen mit bestehenden Einrichtungen bei Misshandlungsverdacht Strukturierten Antwortoptionen bei Fragen wie z. B. „Wie wurden Sie auf Kindesmisshandlung aufmerksam?“.	Umgang von Kinder- und Hausärzten in Berlin mit kindlichen Gewaltfällen Ambulante Betreuung von Kindern Kindesmisshandlung in der Praxis Erkennen von Kindesmisshandlung Fortbildungsstand der Ärzte.	In beiden Arztgruppen wurde mit 71% häufiger von vermuteten als von gesicherten Misshandlungsfällen berichtet. Kinderärzte: 83% gaben an mind. einen Fall von Kindesmisshandlung gesehen zu haben → 16,3 wahrgenommen Gewaltfälle pro Arzt (2003) Hausärzte: 53% gaben an mind. einen Fall von Kindesmisshandlung gesehen zu haben →3,8 wahrgenommen Gewaltfälle pro Arzt (2003) In beiden Arztgruppen überwog die Zahl der bemerkten emotionalen Misshandlung (47,3%; 856 Fälle). 71% häufiger wurde von vermuteten (1282 Fällen) als von gesicherten Misshandlungsfällen berichtet. Kinderärzte: 46,6% emotionalen Misshandlung, 12,9% körperlicher Vernachlässigung, 31,6% körperlicher Misshandlung, 8,6% sexueller Missbrauch	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Berliner Kinderärzte und in einem geringeren Maße Berliner Hausärzte mit Fällen von Kindesmisshandlungen konfrontiert sind. Dabei werden am häufigsten emotionale Misshandlungsformen registriert. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Bedarf an gezielten Fortbildungsmaßnahmen groß ist. Sie sollten, neben körperlicher Misshandlung und sexuellen Missbrauch, auch den Umgang mit Fällen von emotionaler Gewalt thematisieren. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Studie deckt interessante Fragen ab, jedoch sind einige Punkte zu beachten, die die Ergebnisse beeinflusst haben könnten: die Rücklaufquote lag bei 30%; im Vergleich nahmen eventuell mehr Ärzte, die für das Thema sensibilisiert sind, teil; eine subjektive Beantwortung der Fragen ist möglich (z.B. Recall Bias), Altersunterschied der

		Vergleich mit den Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin keine Unterschiede in beiden Arztgruppen. Von den 187 ausgefüllten Fragebögen betrug der Anteil von antwortenden Ärztinnen 68% (n = 128).	Geschlossene Fragen z.B. „Haben Sie einmal an einer Fortbildung zum Fallmanagement von Kindesmisshandlungen teilgenommen?“. Likert-Skalen zur Einschätzung vorhandener Kooperationsstrukturen.		**Hausärzte**: 59,4% emotionalen Misshandlung, 3,7% körperlicher Vernachlässigung, 19,8% körperlicher Misshandlung, 16,7% sexueller Missbrauch Erkennung der Kindesmisshandlung **83% der Kinderärzte**: Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (93%), körperliche Untersuchung (91%) und Eltern-Kindern Interaktion in der Praxis (89%), Hinweise des Praxispersonals (68%) und Personen aus dem Umfeld des Kindes (49%), Unterredungen mit den Eltern (42%), Bemerkungen der Kinder (34%). Hausbesuche waren nur für einige (26%) als diagnostische Hilfe wichtig. **59,4% Hausärzte**: Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (88%), körperliche Untersuchung (67%), und Eltern-Kindern Interaktion in der Praxis (76%), Hinweise des Praxispersonals (50%) und Personen aus dem Umfeld des Kindes (49%), Unterredungen mit den Eltern (26%), Bemerkungen der Kinder (44%). Hausbesuche waren signifikant häufiger (56%) als diagnostische Hilfe wichtig. **Kinderärzte (**55%) und **Hausärzte** (13%) haben in der Vergangenheit Fortbildungen zu diesem Thema besucht.	behandelten Kinder bei Hausärzten (>14 Jahre) und Kinderärzte (< 14 Jahre) Definition der Misshandlungsformen in der Studie: Für die Befragung wurde ein breiter Gewaltbegriff angewandt, der direkte körperliche Misshandlung, körperliche Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und sexuellen Missbrauch einschloss. Auf häusliche Gewalt wird nicht eingegangen. Thematisierte Professionen in der Studie: Kinder- und Hausärzte.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Das Studiendesign beantwortet umfassend die Forschungsfrage; die Studienpopulation wurde dafür klar definiert. **SCHWÄCHEN:** Recall bias möglich: Teilnehmer wurden zu zurückliegenden Ereignissen befragt.

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. USA	Expertenmeinung	Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für den Artikel wird nicht genannt. Die inkludierten Artikel thematisieren emotionale Misshandlung/ Vernachlässigung.	Es ist nicht ersichtlich, ob und wie eine Literaturrecherche stattgefunden hat. <u>Zu den Autoren der Expertenmeinung:</u> Gail Hornor, Ausübende Kinderkrankenschwester, Nationwide Children's Hospital, Zentrum für Familiensicherheit und Heilung, Columbus.	Implikationen für den praktischen Umgang mit emotionaler Misshandlung/ Vernachlässigung.	Kinderkrankenpfleger (Pediatric Nurse Practitioner, PNP) oder ein anderer Gesundheitsdienstleister sind vor dem Eintritt in die Schule die einzigen Professionellen, die regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten haben. Daher können deren Beobachtungen von Eltern- Kind Interaktionen von entscheidender Bedeutung für die Identifizierung einer emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung sein. Vorsorgeuntersuchungen sollten eine vorausschauende Anleitung zur emotionalen Kindesmisshandlung beinhalten. Meistens sind jedoch zusätzliche Informationen erforderlich, wenn die Diagnose einer vermuteten emotionalen Misshandlung gestellt wird, einschließlich Berichten von Schulen, psychiatrischen Beratern, Erziehern und anderen Fachleuten, die sich mit der Familie befassen. Für alle Kinder, die sich mit Verhaltensproblemen vorstellen, sollte eine gründliche psychosoziale Anamnese eingeholt werden. Psychosoziale Informationen, die gesammelt werden sollten sind u.a. Informationen zu dem Sozioökonomischen Status der Eltern (z.B. Alter, Bildungsniveau, Beschäftigungsstatus, Wohnsituati-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Emotionale Misshandlung ist oft nebulöser als körperliche oder sexueller Missbrauch und viel schwieriger zu identifizieren. PNPs sind aufgrund ihrer einzigartigen Beziehungen zu Familien in einer erstklassigen Position, um Bedenken hinsichtlich vermuteter emotionaler Misshandlung/Vernachlässigung zu erkennen und entsprechend zu intervenieren. PNPs sollten die psychosoziale Geschichte der Familien kennen und Screening-Fragen zu allen Formen der Kindeswohlgefährdung stellen. Eine vorausschauende Anleitung zu emotionaler Misshandlung sollte gegeben werden. Bei emotionalen oder verhaltensauffälligen Kindern sollte die emotionale Misshandlung immer differentialdiagnostisch sein und beurteilt werden. Die Ergänzung von anderen Fachleuten, die mit der Familie zu tun haben, wie Lehrer, Kinderbetreuer oder Berater, können erforderlich sein, um die Vermutung einer emotionalen Misshandlung/Vernachlässigung zu festigen. Wenn Bedenken hinsichtlich einer vermuteten emotionalen Misshandlung festgestellt werden, sollte das Problem dem Jugendamt gemeldet werden, damit eine intensivere Untersuchung erfolgen kann.

					on), Substanz Missbrauch der Eltern, psychische Gesundheitsprobleme der Eltern, häusliche Gewalt, vorherige Kinderschutzbeteiligung, Geschichte von Kindeswohlgefährdung innerhalb der Familie - Mutter und/oder Vater, die als Kind schikaniert wurden. <u>Fragen an die Eltern</u>, um Informationen über ihre Gefühle bezüglich der Erziehung des Kindes einzuholen: 1. Was (Name des Kindes) für ein Kind ist? 2. Ist es leicht für sie/ihn zu sorgen? 3. Erzähl mir etwas Gutes/Positives über (Name des Kindes). 4. Was ist schwer/ schwierig an (Name des Kindes)? 5. Was ist einfach an (Name des Kindes)? <u>Fragen an das Kinder</u>, um Informationen über familiäre Beziehungen zu sammeln: 1. Wie sind die Dinge zu Hause? Bei deinem Vater? 2. Wie kommst du mit Mama/Papa/Stiefvater/Stiefmutter zurecht? 3. Erzähl mir was du mit Mama/Papa /Stiefvater/Stiefmutter machen möchtest. 4. Erzähl mir etwas über Mama/Papa /Stiefvater/Stiefmutter. 5. Erzähl mir etwas, was du an Mama/Papa /Stiefvater /Stiefmutter nicht magst. 6. Fühlst du dich durch irgendjemanden ängstlich, traurig oder dumm? PNPs sollten Informationen sammeln	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Der Artikel thematisiert emotionale Misshandlung/Vernachlässigung (Definition, Prävalenz, Komorbidität, etc.) Wir konzentrieren uns lediglich auf den Teil der „Auswirkungen für die Praxis“.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** AUSÜBENDE PERSONEN UND INTERVENTIONEN WERDEN EINDEUTIG BESCHRIEBEN. **SCHWÄCHEN:** KEINE VERWENDUNG VON LITERATUR UND STUDIEN.

					und verarbeiten, die sich aus Beobachtungen der Eltern-Kinder Interaktionen, familiärer psychosozialer Anamnese, Screening zu Kindeswohlgefährdung durch Fragen an Eltern und Kind, der körperlichen Untersuchung und Berichten von anderen beteiligten Fachleuten wie Lehrern oder Kinderbetreuung ergeben.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**

Maguire SA et al. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. UK **EVIDENZLEVEL 2++**	Systematic Review	13.210 Artikel wurden identifiziert und aus 111 relevanten Studien wurden 30 Studien eingeschlossen. Alter des Kindes: Obwohl die Studien die Altersspanne von 5-14 Jahren umfassen, richtet sich die Mehrheit an Kinder im Alter von 7-11 Jahren und wird daher nach Schlüsselmerkmalen zusammengefasst Einschlusskriterien: • Studien mit Kindern im Alter von 5-14 Jahren • Bestätigte Fälle von Vernachlässigung / emotionaler Misshandlung (A-C-Qualitätsstandards zur Bestätigung von Vernachlässigung / emotionaler Misshandlung) Ausschlusskriterien: • Studien von Erwachsenen	Systematische Suche in 18 Datenbanken mit über 100 Suchwörtern, die durch manuelle Suche ergänzt wurde. Die relevanten Studien wurden von zwei unabhängigen Gutachtern kritisch bewertet. Die systematische Überprüfung wurde von Core Info: Cardiff Kinderschutz Systematic Reviews (www.core-info.cardiff.ac.uk) nach einer gut etablierten Methode durchgeführt.	Identifizierung von Merkmalen, die Kinder im Alter von 5-14 Jahren bei Vernachlässigung oder emotionalem Misshandlung aufweisen. EA*=emotianal abuse (emotionale Misshandlung) N*=neglect (vernachlässigung)	• 10 von 30 Studien thematisierten das Thema emotionale Misshandlung **Externalisierendes Verhalten:** • geringeres prosoziales Verhalten bei Kindern mit EA* (Alink et al. 2012); • keine Beziehung zu N* (Kaufman & Cicchetti 1989, Alink et al. 2012). **Internalisierendes Verhalten**: • höhere Assoziation zu EA* und N* (Manly et al. 2001) **ADHD:** • mehr Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle bei Kindern mit N* • stärkere Anzeichen von Impulsivität bei Kindern mit schwerwiegenderer EA* (Finzi et al. 2003, Fischbein et al. 2009) • niedrigere “ego resiliency“ und höheres „ego under control“ bei Kindern mit EA* und N* (Manly et al. 2001) **Interaktion mit Gleichaltrigen:** • Kindes, insbesondere ältere Kinder wurden prognostisch eher von	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Kinder im schulpflichtigen Alter, die sich mit schlechter schulischer Leistung, ADHS-Symptomatik oder abnormalem Verhalten präsentieren, rechtfertigen die Beurteilung von Vernachlässigung oder emotionalem Missbrauch als mögliche Ursache. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes systematisches Review, dass sich ausschließlich auf Studien mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit bestätigter emotionaler Vernachlässigung oder Misshandlung beziehen.

		• Studien in Bezug auf Nicht-OECD-Länder • Studien zu sexuellem oderkörperlicher Misshandlung allein oder Studien, die sexuellen oder körperliche Misshandlung und Vernachlässigung / emotionalen Misshandlung kombinieren, wobei die Daten aus den Fällen der Vernachlässigung / des emotionalen Misshandlung nicht extrahiert werden konnten • Einzelfallstudien / Fallserien mit weniger als drei Fällen / formeller Konsens / Expertenmeinungen / persönliche Praxis / Übersichtsartikel / systematische Übersichtsarbeiten • Studien mit der Kategorie D des Qualitätsstandards zur Bestätigung von Vernachlässigung/ emotionaler Misshandlung			Gleichaltrigen abgelehnt, wenn sie EA* Erfahrungen hatten (Kim & Cicchetti, 2010) • geringere Erwiderungen im Spiel und geringere Wahrscheinlichkeit einen besten Freund zu benennen bei Kinder n mit EA* • geringeres Selbstwertgefühl bei Kindern mit EA* Emotionales Wohlbefinden: • gemindertes Selbstwertgefühl bei Kindern mit N* und EA*. • niedrigerer Level des Lebensgefühls war stark assoziiert bei Kindern mit EA* (Kim & Cicchetti 2006) Intellektualität: • niedrigere allgemeine Intelligenz und schwächere exekutive Entscheidungskraft bei Kindern mit EA* (Fischbein et al. 2009).	**STÄRKEN:** Strukturiert und gut erarbeitete Übersichtsarbeit. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: die Methode zur Auswahl der Evidenz wird nicht genau erläutert und exkludierte Literatur wird nicht gelistet. Selection bias: die Qualität der verwendeten Studien wird nicht untersucht bzw. dargestellt.

Ranking Quality standards for confirmation of neglect/emotional abuse

A1 Neglect/Emotional Abuse confirmed at Child Protection case conference, multidisciplinary assessment, including social services or Court proceedings, or described by the child, or admitted by the perpetrator or independently witnessed

A2 Diagnosis of Neglect/Emotional Abuse by clinical psychologist, psychiatrist or other mental health specialist

B Neglect/Emotional Abuse confirmed by **referenced** criteria/tool

C Neglect/Emotional Abuse defined by **unreferenced** criteria/tool as specified in our standards (Action for Children)
D Neglect/Emotional Abuse defined by **unreferenced** criteria/tool, not specified in our standards (Action for Children)

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Naughton, AM et al. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review UK	Systematic Review	Studientyp: • Achtundzwanzig Fall-Kontrolle (abgestimmt auf sozioökonomischen Status, Bildungsniveau und ethnische Zugehörigkeit) • 1 Querschnitt • 13 Kohortenstudien wurden eingeschlossen. Hauptmerkmale des Kindes: • Aggression (11 Studien) zeigte sich als zorniges, störendes Verhalten, Verhaltensprobleme, oppositionelles Verhalten und niedrige Ego-Kontrolle • Rückzug oder Passivität (12 Studien), einschließlich negativem Selbstwertgefühl, ängstlichem oder vermeidendem Verhalten, schlechtem emotionalen Wissen und Schwierigkeiten bei der Interpretation emotionaler Ausdrucksformen bei anderen •Entwicklungsverzögerung (17 Studien), insbesondere verzögerte Sprache, kognitive Funktion und Gesamt-	Systematische Literaturrecherche von 18 Datenbanken, 6 Websites und ergänzenden Recherchen vom 1. Januar 1960 bis zum 1. Februar 2011 identifizierte 22 669 Abstracts. Eine standardisierte kritische Bewertung von 164 Artikeln wurde von 2 unabhängigen, geschulten Prüfern durchgeführt. (Standard des National Health Service's Centre for Reviews and Dissemination.)	Definition der emotionalen, verhaltensbezogenen und entwicklungs-bezogenen Merkmale von Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung bei Vorschulkindern.	Emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale im Kindesalter, die mit Vernachlässigung oder emotionalem Missbrauch einhergehen, wurden in 22 Fallkontrollstudien, 1 Querschnittsstudie und 12 Kohortenstudien beschrieben. Die Ergebnisse werden nach Altersgruppen (unter Verwendung des Durchschnittsalters) dargestellt und sind der Tabelle zu entnehmen. Emotionale Kenntnisse, kognitive Funktion und Sprache verschlechtern sich bei fehlender Intervention. Die Mutter-Kind-Interaktion kennzeichnet sich durch eingeschränkte Empfindsamkeit, Feindseligkeit, Kritik oder Desinteresse aus.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Vorschulkinder, die vernachlässigt oder emotional misshandelt wurden, zeigen eine Reihe von ernsthaften emotionalen und verhaltensbezogenen Schwierigkeiten und ungünstigen Mutter-Kind-Interaktionen, die darauf hinweisen, dass diese Kinder eine sofortige Evaluierung und Interventionen benötigen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Insgesamt wurde eine strukturierte Literaturrecherche mit entsprechender Bewertung der eingeschlossenen Studien durchgeführt. Die Ausschlusskriterien sind nicht benannt. Auch wenn eine Definition (nach WHO) für Vernachlässigung benannt wird, wird die psychische Misshandlung nicht explizit definiert. Inwieweit eine der beiden Diagnosen bei den Kindern in den Studien bestätigt wurde, erschließt sich nicht. Die Ergebnisse sind gut dargestellt und die Daten verwertbar.

EVIDENZLEVEL 2++		entwicklungs-quotient • schlechte Peer-Interaktion (5 Studien), zeigt schlechte soziale Interaktionen, unwahrscheinlich, um zu handeln, um Not in anderen zu entlasten • Übergang (6 Studien) von ambivalenten zu vermeidenden unsicheren Bindungsmustern und von passivem zu zunehmend aggressivem Verhalten und negativer Selbstrepräsentanz. <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren mit bestätigter Vernachlässigung oder emotionalem Misshandlung, bei denen emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsmerkmale aufgezeichnet wurden oder für die die Betreuer-Kind-Interaktion dokumentiert wurde Vernachlässigung wurde nach der WHO definiert.				**STÄRKEN:** Die Übersichtsarbeit fasst Indikatoren für eine emotionale Vernachlässigung oder emotionale Misshandlung im Kindesalter zusammen. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Methodik zur Auswahl d. Evidenz nicht angegeben. Exkludierte Literatur wurde nicht gelistet.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Rees, CA. (2010). Understanding emotional abuse.	Expertenmeinung	Nicht zutreffend bei einer Expertenmeinung. Eine spezifische Anzahl der Treffer oder der verwendeten Artikel wird für den Artikel	Es ist nicht ersichtlich, ob und wie eine Literaturrecherche stattgefunden hat.	Aufzeigen der Schwierigkeiten für Professionelle emotionale Misshandlung/Vernachlässigung	Suboptimale professionelle Versorgung, wie unzureichende Beachtung des emotionalen Wohlbefindens aufgrund von Zeitmangel, Training oder Bereitstellung von	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Beurteilung des emotionalen Kontexts ist eine notwendige Absicherung für alle Entscheidungen im

England		nicht genannt. Eine Literaturauswahl ist nicht ersichtlich.	<u>Zu der Autorin der Expertenmeinung:</u> Corinne A. Rees, Tyndalls Park Children's Centre, Bristol, UK	zu erkennen: -Ursachen und Konsequenzen einer nicht-funktionierenden Eltern-Kind Beziehung verständlich machen	Praxisergebnissen, Missachtung der Verzögerungsgefahr und falsche Wirtschaftlichkeit des kurzfristigen Kostenersparnisses. Riskant ist die Trennung der Versorgungsgebiete Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kinderärzte müssen sich gerüstet fühlen, um emotionale Misshandlung/Vernachlässigung zu erkennen, zu beschreiben und diese zu behandeln. Training beinhaltet die Überbrückung von Diskrepanzen zwischen Disziplinen unterschiedlicher Berufsethos. Die psychische Gesundheit sollte ein integraler Bestandteil der pädiatrischen Ausbildung ab dem Bachelor-Niveau sein, und eine angemessene Betreuung sollte eine routinemäßige praktische Anwendung ermöglichen. Alle müssen die Mechanismen verstehen, durch die ein unbefriedigender Erziehungsstil das emotionale Wohlbefinden und den natürlichen Verlauf unzureichender emotionaler Erziehung beeinflusst.	Kinderschutz und deren Umsetzung, durch die Reduzierung des Risikos, Kinder in unsicheren Umständen zurückzulassen, eine Fremdunterbringung zu verzögern und die physische Sicherheit auf Kosten emotionaler Schäden sicherzustellen. Kinderärzte müssen bei der Bewertung von unzureichender emotionaler Erziehung ebenso souverän sein, wie bei körperlicher und sexueller Kindeswohlgefährdung. Die Versorgungsmodelle müssen der chronischen, multifaktoriellen Natur entsprechen und sicherstellen, dass Kinderärzte voll ausgestattet sind, um mit Versorgungsbereichen, wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zu arbeiten und zu kooperieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Expertenmeinung bezieht sich auf emotionale Misshandlung/Vernachlässigung. Es werden wissenschaftliche Arbeiten zitiert, allerdings ist die Auswahl der inkludierten Studien nicht systematisch durchgeführt worden und es gibt keine Einsicht in die Evidenzstärke und Qualität der Artikel auf die sich die Autorin bezieht. Emotional abuse = failure to provide children with an emotional environment conducive to ade-

						quate psychological, developmental and physical progress to achieve safe independence.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Konsequenzen emotionaler Misshzandlung, sowie Erfassungsmethoden werden zusammengefasst. Ergebnisse werden in übersichtlichen Boxen dargestellt. **SCHWÄCHEN:** Die grundlegende Evidenz für die Übersichtsarbeit basiert nicht auf einer strukturierten Literaturrecherche. Daher sind publication und selection bias wahrscheinlich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Scivoletto, S et al. (2010). Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. Brasilien	Narrative Übersichtsarbeit *Ziel dieser Studie ist es, die wichtigsten klinischen Probleme vorzustellen und durch die ersten Verfahren in der psychiatrischen Notfallversorgung im*	Methode: Narrative Übersichtsarbeit: Eine Zahl der Treffer oder der verwendeten Artikel für die Übersichtsarbeit wird nicht genannt. Systematische Übersichtsartikel & Leitlinien für die klinische Praxis, die in den letzten 10 Jahren veröffentlicht wurden, wurden priorisiert. Auch Referenztexte renommierter Publikationen in der “child and adolescence psychiatry” wurden	Es ist nicht ersichtlich, ob und wie eine Literaturrecherche stattgefunden hat. **Zu den Autoren der narrativen Übersichtsarbeit**: Sandra Scivoletto: Abteilung für Psychiatrie, Medizinische Fakultät, Universidade de São Paulo, São Paulo Jugend- und Drogenambulanz, Psychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche, Institut für Psychiatrie, Hospital das Clínicas, Faculdade de	Notfallbewertung von Kindern und Jugendlichen Hauptdiagnosen, die in psychiatrischen Notfallaufnahmen berücksichtigt werden müssen Leitlinien für die von der evidenzbasierten Medizin in jeder Situation empfohlenen ersten Schritte (initial conduct)	7 Kategorien von psychiatrischen Notfällen: aggressives Verhalten, Intoxikationen, Suizidverhalten, Psychose, Angststörungen, Essstörungen und Kindeswohlgefährdung. Fälle von körperlicher Misshandlung werden meistens von Pädiatern identifiziert und der Psychiater kann aufgerufen werden, um den emotionalen Status des Patienten und der Familie zu beurteilen. Es ist wichtig, die Reaktionen des Patienten in Anwesenheit verschiedener Familienmitglieder zu	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Ziele der Notfallbewertung neben der diagnostischen Bewertung sind: die Risiken für die körperliche und geistige Unversehrtheit des Kindes oder Jugendlichen zu bewerten; Risikofaktoren zu identifizieren, die die akute Episode herbeigeführt haben und aufrecht erhalten, Vorhandensein von Schutzfaktoren ausfindig machen; Verfügbarkeit von familiärer und sozialer Unterstützung eruieren. *Schlussfolgerung der Gutach-*

	Kindes- und Jugendalter zu leiten	aufgenommen. Eingeschlossen wurden Artikel zur Bewertung von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen hinsichtlich der Hauptdiagnosen, die unter diesen Bedingungen zu berücksichtigen sind und Richtlinien für die ersten Schritte (initial conduct), die von evidenzbasierten Medikamenten in jeder Situation empfohlen wird.	Medicina, Universidade de São Paulo. Gleichgewichtsprogramm, Abteilung und Institut für Psychiatrie, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Miguel Angelo Boarati: Hilfsprogramm für affektive Störungen, Psychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Gizela Turkiewicz: Essstörungen ambulantes und stationäres Programm, Kinder- und Jugendpsychiatrie.		beobachten, um Anzeichen von Angst, Furcht und Aggressivität gegen eine bestimmte Person zu ermitteln, was auf die Möglichkeit hinweisen kann, dass sich diese Person gefährdend gegenüber dem Patienten verhält. Ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung muss auf der klinischen Anamnese des Patienten, der körperlichen Untersuchung und der diagnostischen bildgebenden Untersuchung beruhen. Die Rolle des Psychiaters in Fällen einer Kindeswohlgefährdung besteht darin, bei der Identifizierung oder Aufwertung von Verdachtsfällen, Notfallversorgung zu leisten und mit den anderen Mitgliedern des multidisziplinären Teams zu interagieren. Die Behandlung betroffener Kinder sollte darauf ausgerichtet sein, drei Ziele zu erreichen: die Vermeidung von Folgeschäden, die Linderung der Auswirkungen des vergangenen Ereignisses und die Bewertung der emotionalen, sozialen und bildungsbezogenen Bedürfnisse nach dem Ereignis. Bei Erhärtung eines Verdachts nach der Auswertung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und	*ter/innen*: Das Hauptthema des Artikels sind „psychiatric emergencies“. Eine Unterkategorie bilden Kindeswohlgefährdungen, welche kurz in den klinischen Symptomen dargestellt werden und des Weiteren eine Behandlung dieser beschrieben wird. Die Evidenzstärke ist schwach, da die verwendete Literatur nicht systematisch gesucht und ausgewertet wurde. Der Artikel beschreibt folgende Kindeswohlgefährdungen: physical or psychological violence, sexual abuse or serious neglect
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Der Artikel stellt eine kurze Übersicht zu der Herangehensweise bei Kindeswohlgefährdung dar. **SCHWÄCHEN:** Bei dem Erstautor bestehen Interessenkonflikte mit Geldgebern. Die grundlegende Evidenz für die Übersichtsarbeit basiert nicht auf einer strukturierten Literaturrecherche. Daher sind publication und selection bias wahrscheinlich.

					durch einen Sozialarbeiter, sollten medizinische, psychologische und soziale Berichte erstellt und dringend an die zuständige Fachkommission Kinder- und Jugendschutz sowie zum Kinder- und Jugendgericht weitergeleitet werden (children's and youth court).	

Forensisches Interview						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Anderson, G et al. (2014). The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews USA	Pre-post Study	Cases were examined using traditional rapport techniques (n = 62) and narrative event practice rapport techniques (n = 53). Interviews were conducted from December 2010 through March 2012. Data were collected from two separate periods of time, from December 2010 to March 2011 and again from January to March of 2012. Only cases that satisfied inclusion criteria were examined, which included any interview where the child disclosed sexual abuse during a single session forensic interview. Age = 10.4 years, Age range = 3.1 to 18.3 years old, Females = 89, Male = 26 Race: African American (n = 37), Caucasian (n = 38),	Comparison of two versions of the CornerHouse Forensic Interview Protocol In the narrative event practice version, children were asked to tell the interviewer "everything" or "all about" a specific, episodic, and preferably significant autobiographical event. Interviewers then followed up children's narratives with open-ended prompts intended to solicit further narrative. In the traditional practice version, interviewers used fewer open-ended prompts by initially asking children to "tell about" some autobiographical topic or event but then placed less emphasis on soliciting further narrative and episodic memory by abandoning narrative prompts for more focused questioning. Facilitators or supportive statements were offered by the interviewers throughout the child's narrative after the initial open-ended questions were posed to the child during rapport in both the traditional	Question types asked by the interviewer during the narrative building portion of rapport. Facilitators/supportive statements provided by interviewers during the narrative building portion of rapport. Number of details provided by the child during the interview after disclosure.	The ratio of open-ended questions as compared with overall questions was higher in the narrative interviews (M = 0.32, SD = 0.15) than in the traditional (M = 0.10, SD = 0.08). Children interviewed in the traditional interview protocol group provided fewer details (M = 827, SD = 758) than children interviewed in the narrative practice protocol group (M = 1383, SD = 959). When controlling for the sociodemographic characteristics of gender, age, race/ethnicity, disability/mental health diagnosis, and language in the model, children provided significantly more details when interviewed using narrative practice with more open-ended questions than children interviewed in the traditional group with fewer open-ended questions (t = 2.30, p = 0.023). The total variance of the predictive model accounted for 49% in the number of details provided by children (adjusted R2 = .45). Age was the most significant variable in predicting the number of details children provided during the inter-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* This study lends additional evidence that the use of narrative practice, along with interviewer support, can help all children provide more detailed disclosures in forensic interview settings. Although participating in a forensic interview is often an anxiety-provoking event for children, this research shows that children respond to interviewers who provide them with opportunities to talk about the alleged abuse through a combination of interview protocol techniques and clinical expertise. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Inclusion criteria was not clearly described in the study and the study only focuses on the children who disclosed sexual abuse during a single interview. How useful the interview is at assisting children to disclose sexual abuse or to clarify that sexual abuse did not occur is not shown. The authors note that as this study was conducted in the field, it was not possible to deteremine if the sexual abuse allegations provided by the children were accurate or true. The interviewers received training to conduct the interviews.

EVIDENZLEVEL 3		African (n = 3), American Indian (n = 3), Hispanic (n = 16), multiracial (n = 17). Child's first language: English (n = 98), Spanish (n = 15), Arabic (n = 1), and American Sign Language (n = 1) Identified disability or mental health diagnoses: None = 87, Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) diagnoses (n = 6), developmental disabilities (n = 3), mental health diagnoses such as anxiety or depression (n = 13).	practice version and the narrative event practice version. Although these supportive statements were used by interviewers in both interview versions, they were used more in narrative event practice to encourage the child to continue to talk without interruption and to indicate to the child that the interviewer was genuinely attending to what the child had to say. Eight trained interviewers conducted all of the forensic interviews used in the evaluation. Interviewers were employees at CornerHouse. They have a range of one to over 20 years of experience completing forensic interviews. All forensic interviews were conducted in English. In cases in which a child's first language was not English, an interpreter was made available throughout the duration of the interview (n = 10). Forensic Interviews videotaped and analysed using content analysis. *It is important to note that since this was a field study, we could not verify the extent to which*		view after initial disclosure (t = 7.18, p > 0.001). As children increase in age, each additional year of age was associated with a 1.14 increase in the number of details they provided. Open-ended questions and facilitators were used by interviewers on average for just over half of the overall questions posed during the narrative building portion of rapport (M = 0.55, SD = 0.19). The regression analysis showed that the combined open-ended questions and facilitator proportions significantly predicted the number of details provided by children (t = 2.78, p = 0.006), and the overall model accounts for 46% of variance (adjusted R2 = 0.46) in the number of details provided by children during the interview. The combined open-ended questions and facilitator proportions show that for every one unit increase in open-ended questions and facilitators in proportion to the number of question asked during rapport, the number of details increases by 2.65. Children whose first language was English provided significantly more details than children whose first language was Spanish or Arabic (t = –2.71, p = 0.008). Gender and identified disability or mental health diag-	**STÄRKEN:** Real world data. **SCHWÄCHEN:** Selection Bias - child disclosed sexual abuse during a single session forensic interview. The extent to which the sexual abuse allegations provided by the children were accurate accounts of actual events was not verified.

			the sexual abuse allegations provided by the children were accurate accounts of actual events.		nosis did not significantly predict the number of details provided by children.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Benia, L et al. (2015). The NICHD Investigative Interview Protocol: A Meta-Analytic Review Brazil	Systematic Review/Meta-analysis	One hundred and thirteen records were identified through database searching and manual searches. After removing duplicate records, we screened the remaining 60 articles' abstracts in order to select only empirical studies. We assessed the full texts of the 28 empirical studies identified and excluded the ones that did not meet inclusion criteria. 5 studies were included in the qualitative synthesis and quantiative synthesis. The five studies (Israel, England, USA & 2x Canada) selected included 544 children (277 children interviewed by the protocol paired with 267 controls).	We performed a search on the following electronic online databases: PubMed and MEDLINE, SciELO, PsycINFO, Web of Science, and Google Scholar. We also examined the reference lists of empirical and review articles for additional references. The last database search was performed in December 2013.	Types of prompts used by the interviewers (e.g., invitations, option-posing, and suggestive prompts) <u>Invitations:</u> Open-ended utterances, including questions, statements, or imperatives prompting free-recall responses from the child. Such utterances do not delimit the child's focus except in a general way (e.g., "Tell me everything that happened") or use details disclosed by the child as cues (e.g., "You mentioned that he touched you. Tell me everything	The interviewers were law enforcement professionals and/or social workers. The alleged crime distribution comprised different types of sexual offenses, with a majority of parents and relatives as the alleged perpetrators. We investigated the amount of information provided by the children in response to open-ended and suggestive prompts in NICHD Protocol interviews compared to nonprotocol interviews. The results reveal that children interviewed by the NICHD Protocol provided more central details [Hedge's g = .90 (95% CI .70, 1.10), Z = 8.91, p < .001] and more details in general [Hedge's g = .95 (95% CI .77, 1.13), Z = 10.40, p < .001] in response to invitations than children interviewed by standard interviews. In response to suggestive prompts, children interviewed by the protocol provided fewer central details [Hedge's g = −.36 (95% CI −.56, −.17), Z = 3.75, p < .001] and fewer total	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: The NICHD Protocol is an effective instrument to help interviewers improve their performance in the field when conducting investigations about sexual abuse allegations. Interviewers who used the protocol consistently asked more open-ended questions and fewer suggestive and option-posing questions. Moreover, the present meta-analysis shows that interviewers who used the NICHD Protocol were able to maintain the same performance when interviewing preschool children as they did with older children. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Interviews only regarding sexual abuse and were conducted in the field. Children in the studies were aged 3 – 14 years of age. Strucutured forensic interview protocols, such as the NICHD Protocol, can help the interviewer perform a neutral interview with more open-end questions and less suggestive and option-posing questions. It is assumed that most of the studies included used the old/original version of the

				about the touching"). Option-posing utterances: These focus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has not previously mentioned, asking the child to confirm, refute, or select an interviewer-given option, thus using recognition memory processes, but do not imply that a particularresponse is expected. For example, the investigator might ask, "Did he touch you over or under your clothes?" when the child had only mentioned being touched. Suggestive utterances: The interviewer introduces new	details [Hedge's g = −.34 (95% CI −.51, −.17), Z = 3.89, p < .001] than children interviewed by standard interviews. For children ages up to 7 years NICHD Protocol interviews with preschoolers yielded more invitations [Hedge's g = 1.46 (95% CI 1.05, 1.88), Z = 6.90, p < .001], fewer suggestive prompts [Hedge's g = −.61 (95% CI −.98, −.24), Z = 3.21, p < .001], and fewer option-posing prompts [Hedge's g=−1.05 (95% CI −1.44, −.66), Z = 5.26, p < .001]. Regarding the children's informativeness, NICHD Protocol interviews had more total details elicited by invitations [Hedge's g = .54 (95% CI .16, .92), Z = 2.80, p = .005] and fewer total details elicited by suggestive prompts [Hedge's g = −.42 (95% CI −.80, −.05), Z = 2.22, p < .001] than the control interviews. We observed large effect sizes favoring the NICHD Protocol in increasing the use of invitations and reducing the use of option-posing prompts. The effect size was moderate for the reduction of suggestive prompts. Figure 2 displays the results of the three utterance types as dependent variables and compares protocol to nonprotocol interviews. Meta-analyses revealed significant mean differences for invitations [Hedge's g = 1.60 (95% CI 1.41, 1.80), Z = 16.13,	NICHD protocol. Systematic review is methodically weak but the study is still relevant for this topic - the study does not report if one or two researchers conducted the systematic review/meta-analysis search, data extraction and analysis. Excluded articles not listed.
EVIDENZLEVEL 2++		Einschlusskriterien: (a) the study presents a test of the NICHD Protocol's effectiveness in order to improve the quality of investigative interviews with children; (b) the study has at least one control group that was interviewed using either a standard interview or another interview approach; (c) the study discusses dependent measures of interview quality, such as the number and type of interviewer utterances and the amount of information conveyed in children's statements related to the investigated incidents; and (d) the study has been published or accepted for publication in a peer-reviewed journal. Ausschlusskriterien: • studies that did not provide sufficient data to compute and compare the effect sizes of the NICHD Protocol and				**STÄRKEN:** Combined systemtatic review and meta-analysis. **SCHWÄCHEN:** Status of publication used as inclusion criteria. Excluded articles not listed. Conflicts of interest are declared. Wird nicht erwähnt, wieviele Personen die Studien und Daten ausgewählt haben.

		the control group. • articles that analyzed data from previous studies		information and indicates what response is expected (e.g., "He forced you to do that, didn't he?") or the question included details that have not been revealed by the child (e.g., Child: "We laid on the sofa." Interviewer: "Did he lay on you or did you lay on him?"). The number of total and central details elicited using different prompts in nonprotocol and protocol interviews. Details were defined as words or phrases identifying or describing people, objects, or actions that were integrally related to the incidents under investigation. The central details were those considered crucial	p < .001], suggestive prompts [Hedge's g = −.63 (95% CI −0.80, −0.45), Z = 7.05, < .001], and option-posing prompts [Hedge's g = −.95 (95% CI −1.12, −.77), Z = 10.41, p < .001]. Q test detected heterogeneity in the effect sizes for suggestive prompts, χ2(4) = 17.08, p < .001. A closer inspection revealed that the heterogeneity was totally due to Cyr and colleagues' (2012) study. Removing it from the analysis decreased I 2 from 77% to 0% and yielded a non-significant Q test [χ2(3) = .88, p < .83]. This result suggests that some particular features of Cyr and colleagues' (2012) study (e.g., its sample characteristics and methods) significantly deviate from the pattern of findings yielded by the other studie.	

				to understanding the incident.		
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Herbert, J & Bromfield (2016). Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review Australia	Systematic Review *a) What types of study designs are used to evaluate the effectiveness of CACs?* *(b) What types of outcomes are being measured as representative of the effectiveness of CACs?* *(c) What is the state of evidence for the approach?*	425 articles found, 27 articles included in qualitative synthesis Articles not meeting the criteria of reporting on research were excluded after an assessment of the full-text article. Studies that did not measure the outcomes of the model were also excluded, and many of these studies reported on the characteristics of service provision at CACs rather than reporting on the effect of the approach. The oldest publication was from 1996, with the majority of articles published between 2005 and 2009. Almost all of the studies were conducted in the United States, mostly at research sites in the southern states, except	A search of the Cochrane Library, Campbell Collaboration Library, PsycINFO, Medline, Embase, AMED, Proquest Dissertations and Theses, Proquest Family Health, Google Scholar, and JSTOR was undertaken using the following search string: Title: (child or children*) and advocacy and (center or center) and abus* OR assault* or molest* OR offen* OR victimi* OR violenc* OR exploit*). Some studies were also identified through the National Child Advocacy Center's (2010) review of evidence.	**Criminal justice outcomes**: improving disclosures, arrests, decisions to prosecute, convictions, and reducing revictimization **Service user satisfaction**: how children and non-offending caregivers felt about the investigation and aspects of service delivery at the CAC **Child trauma**: recovery both from abuse and from the systemic trauma from the investigation. **Family functioning**	It was striking how few studies were directed toward assessing child and family outcomes. Controlling for other variables, cases at CACs were twice as likely to receive an exam as cases in comparison communities, with non-penetrative cases 4 times more likely to receive an exam at a CAC.(Walsh, Cross, Jones, Simone, and Kolko (2007)). The CAC was more likely to provide a physical exam, a genital exam where needed, referral to counselling, sexually transmitted infection (STI) tests, or treatment for STIs where necessary. While these services seemingly did not impact on criminal justice outcomes in this study (Edinburgh et al., 2008), the increased use of examinations did result in the increased detection of genital trauma, which may have impacted on the strength of cases. <u>Forensic Interviews</u> Despite the finding of no significant difference between CACs and comparison communities, the study found a positive relationship between care-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* This review of studies exposes some significant issues with the body of evidence for the CAC model. For such a profligate way of responding to the extremely important issue of child sexual abuse to have such limited research and limited evidence of its efficacy in terms of child and family outcomes is highly concerning. […] None of the studies examining the impact of CACs on child and family outcomes involved a non-CAC comparison group. […]This review identified a complicated mix of outcomes, some of which are actually outputs (indicators that the model is operating), or which are big picture outcomes which may involve many complicating factors outside the control of CACs and their constituent agencies (i.e., criminal convictions). […]Rather than drawing conclusions about the success or failure of the approach for its impact on variables that are distantly removed from its influence, mapping and evaluating the effect of the approach on intermediate outcomes represent a more realistic approach. Identifying these intermedi-

		one in Australia, and another in Sweden. While the majority of studies were published in peer-reviewed journals, many studies were published as masters or doctoral theses. Half of the studies involved comparison against a control group (see Table 2). Nine studies did not use any control groups, which included the three qualitative studies. Some of these studies made reference to benchmarks from previous studies the CAC approach was being compared to.			giver support and child disclosure, which further complicates the relationship between the services provided by CACs (which include support for children and families) and the desired outcomes. Bradford (2005) used the opportunity of a CAC in East Alabama's transition to having in-house forensic interviewers to compare the rate of charges, guilty pleas, and trial convictions with the traditional response.2 The forensic interview at the CAC resulted in significantly higher rates of charges (23.1% vs. 10.7%) and convictions (20.8% vs. 5.8%), compared to the untrained interviewers. Children however reported no significant difference in satisfaction with the investigation between the two conditions. Walsh et al. (2007) compared caregiver satisfaction with medical exams, finding similarly high levels of satisfaction across both CAC and comparison community cases but did not compare children's satisfaction. The results varied significantly across communities, suggesting that the success of forensic interviews may be a more complex interaction between the circumstance of cases and variations in the skills and approaches of	ate outcomes more completely recognizes the work of practitioners in the model and provides opportunities for learning and change with how the model is delivered. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Outcomes der inkludierten Studien, sind bis auf „family functioning". Allerdings werden in der systematischen Übersichtsarbeit auch Studien erwähnt, in denen Patienten, die von Kinderschutzgruppen betreut werden, häufiger untersucht werden. Die Literaturrecherche verlief systematisch, die Evidenz der inkludierten Artikel ist mäßig und die Beurteilung der Qualität fehlt.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** NACHVOLLZIEHBARE SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG. **SCHWÄCHEN:** Wird nicht erwähnt, wieviele Personen die Studien und Daten ausgewählt haben. Ausgeschlossene Studien sind nicht aufgelistet.

					investigators (Lippert et al., 2009). Despite studies of a particular protocol for nondisclosing children showing strong results (Carnes et al., 2001), the use of CAC forensic interviewing did not show an increase in disclosures against comparison communities (Lippert et al., 2009). Similarly no difference was found in terms of the likelihood of revictimization in two studies that compared CAC and control communities (Shepler, 2010; Wolfteich & Loggins, 2007). <u>Revictimisation</u> Shepler (2010) found that neither rates of revictimization at 24 months since the allegation or time to revictimization differed between participants who received services at a CAC, or the traditional model of care (N = 370). No significant differences were found between their three conditions (CAC, police–child protection team, and traditional investigation). (Wolfteich and Loggins (2007)).	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**

Hershkowitz, I et al. (2014). Allegation rates in forensic child abuse investigations. Comparing the revised and standard NICHD protocols Israel	Pre-post study	Sample of 1424 Israeli children interviewed for abuse by family members during the study period. Sample included in this study 426 children (232 boys and 194 girls) Standard Protocol = 165 Revised Protocol = 261 *All cases were corroborated by one or more forms of independent external evidence, including suspects' admissions, dis-interested eyewitness testimony, medical evidence (including observable physical injuries), and material evidence* 998 children excluded in analysis because the allegation had not been corroborated by one or more forms of independent external evidence, including suspects' admissions, dis-interested eyewitness testimony, medical evidence (including observable physical	Seven experienced child interviewers from all regions of Israel conducted a total of 613 interviews using the Standard NICHD Investigative Interview Protocol (SP) and thereafter conducted 811 interviews using the Revised Protocol (RP). Use of the Standard Protocol has been mandatory in Israel since 1996 and all interviewers were trained to use it before the study began. The interviewers conducted interviews using the Standard Protocol for 8 months before being introduced to the Revised Protocol in 2-day-long sessions during which the rationale for the revisions was explained and the new interventions practiced. They then conducted interviews using the Revised Protocol for 8 months. All interviews performed by this group of interviewers pre- and post-RP training during the study period were considered for inclusion, provided that the children were suspected victims of intra-familial abuse. <u>Standard Protocol - The NICHD Investigative Interview Protocol</u> Fully structured interview with introductory phases, rapport	Child reporting abuse during the interview	More than half of the children made allegations of abuse when interviewed: The allegation rate was 56.1% and a Fisher's Exact test showed that rates of allegations varied within the group of interviewers, ranging from 43.2 % to 70.4% (p=.036). Fisher's Exact tests showed that allegation rates were significantly higher when the RP (59.8%) rather than the SP (50.3%) was used (p=.035), representing allegations by an additional 18.8% of the children. Making an allegation was significantly correlated with age, gender, previous reporting and Protocol version in the expected directions.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Interviewer behavior was associated with the likelihood that children would make valid allegations. Interviewers using the RP established better rapport, rendering the children less reluctant, more cooperative, and more willing to describe their experiences. Accordingly, use of the RP was expected to increase the willingness of reluctant victims to make allegations of abuse. As expected, the children (for all of whom there was independent corroborative evidence of abuse) were significantly more likely to make (valid) allegations when the RP rather than the SP was used, presumably because the RP had successfully altered interview dynamics. Moreover, the superiority of the RP was still evident after we controlled for other factors, including individual differences among interviewers that might affect the likelihood that children would make allegations of abuse. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Field study. Only children with corroborated intra-familial physical or sexual abuse included in the study. The authors noted that too few children made allegations of sexual abuse to allow us to test the model in relation to these cases alone, and thus the findings cannot be generalized to sexual abuse

		injuries), and material evidence. Study Sample – 426 Children Ø Age=8.08 years, SD=2.57 Reason for referral physical abuse = 408 sexual abuse =18 Suspected perpetrators: biologically related to the children =375 step-parents and step-siblings =51 <u>Standard Protocol (SP)</u> 165 children 90 boys, 75 girls Ø Age =8.02 years, SD=2.55 Reason for referral physical abuse = 159	building phase comprised of two sections – open ended section designed to encourage children to provide personally meaningful information. In the second section, children are prompted to describe in detail one recently experienced event in order to practice the retrieval of episodic memory and further develop rapport between children and interviewers -, and a transitional phase between the pre-substantive and the substantive parts. If the child has not alleged abuse in response to open-ended prompts, the interviewer proceeds to gradually narrowing prompts, making reference to available information about previous disclosures, physical marks or other			cases. Supportive forensic interviewing and developing a rapport with the child before talking about the expectations/rules of the interview.

		sexual abuse = 6 Suspected perpetrators: biologically related to the children = 144 step-parents and step-siblings = 21 <u>Revised Protocol (RP)</u> 261 children 142 boys, 119 girls Ø Age =8.11 years, SD=2.58 Reason for referral: physical abuse =239 sexual abuse =12 Suspected perpetrators: biologically related to the children = 231 step-parents and step-siblings n= 30 *Children in the Revised and Standard Protocol conditions did not differ significantly with respect to age, gender, type of abuse, relationship to suspect, or prior disclosure.*	evidence only if necessary. As soon as an allegation is obtained, the substantive part of the interview takes place <u>Revised Protocol - The Revised NICHD Investigative Interview Protocol</u> Several changes and additions were made to the Protocol for the purposes of this study. In order to enhance the children's trust and cooperation, the rapport building preceded (rather than followed) explanation of the ground rules and expectations, and additional guidance was provided to interviewers with respect to building and maintaining rapport. In addition to inviting narratives about recent experiences during the rapport-building phase and asking the children to provide more information about personally meaningful topics using free-recall invitations, interviewers were encouraged to address the children by name. The revised instructions advised interviewers to encourage the children verbally and nonverbally (leaning towards the child, smiling, and establishing eye			
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Sample size. Real world data **SCHWÄCHEN:** Selection Bias - Only children with corroborated intra-familial physical or sexual abuse included in the study

			contact) to describe experienced events in both the pre-substantive and substantive portions of the interview. Thanks, appreciation, and positive reinforcement (“thank you for sharing that with me” or “you’re really helping me understand”) of the children’s efforts, but not their specific contents, were recommended. Similarly, expressions of empathy with the children’s expressed feelings or difficulties regarding the interview experience (“I know [it is a long interview/there are many questions/other difficulties the child expressed]” or “I can see that [you are tired /it is difficult for you to talk]”), but not regarding past experiences, were encouraged and supportive interventions such as legitimizing expression (“here you can talk about everything that happened to you” or “here it is okay to say bad words”), generalizing the child's difficulties in the interview (“ many children have secrets that they do not talk about. If you have a secret, I am a person who you can trust and share it with”), offering help (“[child’s name], if it is difficult			

			for you to talk about it, how can I make it easier for you?") or (" if it is difficult to talk about it, perhaps you could write it down") and reassuring him/her when possible ("don't worry, I won't tell the other children") or expressing optimism ("[child's name], please try explaining that, I think you can") that he/she can overcome the difficulty were also recommended. When children reported abuse, but expressed reluctance about discussing it, containment ("you can trust me and tell me things that have happened to you") or encouragement practices ("it is really important that you tell me") were recommended, as was removing the responsibility from the child ("when somebody hurts a child, it is not the child's fault").			
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Lamb, ME et al. (2002). Is Ongoing Feedback Necessary to Maintain The Quality of Investigative Interviews With Al-	Pre-post Study	74 forensic interviews of alleged sexual abuse victims by eight experienced police officers (four women and four men) in a mid-sized city in the western United States	Children Ø Age: 7.83 years of age (SD = 2.23, range = 4–12 years). Supervision Interviews Conducted using the investigative protocol developed by Orbach et al. (2000) and Stern-	Facilitators. Non-suggestive encouragements to continue with a response. These include utterances like "O.K.," restatements of the	Most important, one-way (supervision vs. after supervision) multivariate analyses of variance (MANOVAs) with the numbers and proportion of invitations, directives, option-posing, and suggestive utterances as dependent variables yielded significant effects, $F(4, 69) = 6.23$, $p < .0001$, for	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* The withdrawal of supervision was associated with a decline in the quality of information obtained from alleged victims, as well as a decline in the total amount of information elicited. After the supervision ended, interview-

legedly Abused Children? USA		<u>37 Supervision interviews</u> These were drawn from a pool of 200 investigative interviews comprising all investigative interviews of 4- to 12-year-old alleged victims conducted by the participating investigators during the study period. Interviews were excluded from consideration when the children disclosed abuse spontaneously (i.e., not in response to the interviewers'prompts) before the interviewers had "trained" the children to provide accounts of neutral events in response to openended prompts (n = 20), when the child did not report abuse (n = 44), or when no match was found in the post-supervision interviews (n = 99). <u>37 Post-supervision Interviews</u> These were drawnfrom a pool of 43 interviews of 4- to 12-year-old	berg, Lamb, Orbach, et al. (2001). Prior to implementation of the NICHD protocol, all interviewers participated in an intensive 5-day training program during which the conceptual and empirical support for all phases of the interview were explained by a team of forensic and developmental psychologists. Videotapes illustrating both appropriate and inappropriate interview techniques were shown. After demonstrating their ability to use the protocol, interviewers were observed conducting actual forensic interviews using the protocol and were given feedback on their techniques. Thereafter, detailed written feedback was provided on transcripts of all interviews conducted by these eight interviewers until the study ended. In addition, individual and group training sessions focused on adherence to the protocol, and its adaptation to individual circumstances were conducted every 4 to 8 weeks by the psychologists involved in the initial training. Problematic cases	child's previous utterance, and non suggestive words of encouragement designed to prompt continuation of the child's narrative. Details provided following facilitators were attributed to the preceding prompt. Invitations. Utterances, including questions, statements, or imperatives prompting free-recall responsesfromthe child.Such utterances do not delimit the child's focus except in a general way (e.g., "Tell me everything that happened"), or may use details disclosed by the child as cues (e. g., "You mentioned that he touched you. Tell me everything about the touch-	number; F(3, 70) = 10.40, p < .0001, for proportions. Subsequent univariate analyses showed that the number and proportion of invitations declined significantly after supervision ended, whereas the proportion of option-posing and suggestive prompts increased. In addition, after supervision ended, option-posing and suggestive prompts were introduced considerably earlier than they had been during the supervision phase. During the supervision phase, there were an average of 8.24 (SD = 8.43) interviewer utterances before the first option-posing or suggestive utterance, compared to 4.30 (SD = 4.43) in the post-supervision phase, F(1, 72) = 6.36, p < .014. These changes in interview strategies were matched by changes in the amounts of information provided by children in the supervision and post-supervision conditions. MANOVAs revealed effects for supervision on the number and the proportion of the total number of details elicited from children using different investigative prompts, F(4, 69) = 4.63, p < .002, but not on the absolute number of details elicited.Subsequent univariate analyses of variance showed significant declines in both the amount and proportion of information elicited	ers used fewer open-ended prompts and thus elicited less information fromrecall, instead relying more heavily on option-posing and suggestive prompts, which are less likely to elicit accurate information. These results suggest that ongoing supervision and feedback may be necessary to maintain desirable interview practices. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Regular supervision and feedback can facilitate the quality of forensic interviews conducted, as demonstrated by the types of questions asked during the interview and the detail in the responses provided by the child being interviewed. The original NICHD forensic interview was used in this study with a bias that children were excluded from the study if they disclosed abuse spontaneously (i.e., not in response to the interviewers'prompts) before the interviewers had "trained" the children to provide accounts of neutral events in response to openended prompts (n = 20), when the child did not report abuse (n = 44).
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Real world data **SCHWÄCHEN:** Small sample size - The interviews from 8 Interviewers (all police officers) were reviewed. Selection bias of interviews – interviews excluded when the child did not report abuse during interview

		alleged victims of abuse by the same interviewers and were selected solely because they involved alleged offenses comparable to those reported by children in the supervised protocol group. Interviewers were excluded from consideration when the child did not report abuse (n=4) orwhenthe case was not suitable as a match according to the matching criteria (n = 2). Children Ø Age: 7.83 years of age (SD = 2.23, range = 4–12 years).	were reviewed with the group, and techniques for addressing difficult issues were discussed. Post-supervision Interviews The matched sample of interviews was conducted by the same interviewers in the 6 months immediately following this intensive supervisory phase. Interviews in the post-supervision group were matched with those in the supervision group with respect to the severity or type of abuse, the relationship between victim and perpetrator, the victim's age (within 12 months), and whether the abuse had occurred one or multiple times	ing"). Directive utterances. These refocus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has already mentioned, providing a category for requesting additional information using "Wh–" questions. Option-posing utterances. These focus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has not previously mentioned, asking the child to affirm, negate, or select an investigator-given option using recognition memory processes, but do not imply that a particular response is expected (e.g., "Was it inside or outside	using open-ended prompts and a significant increase in the proportion of information elicited using option-posing prompts. In addition, absolutely and proportionally fewer details were elicited before the first option-posing prompts in the post supervision group than in the supervision group:Msup = 55.81, SD = 76.91;%= 27.33, SD = 28.05;Mpost = 27.68, SD = 48.96;%= 14.26, SD = 20.73; $F(1, 72) = 3.52$, $p < .065$, for numbers; $F(1, 72) = 5.19$, $p < .026$, for proportions. These changes in investigative strategy resulted in the elicitation of somewhat fewer forensically relevant details in the post-supervision phase (M = 137.35, SD = 86.33) than in the supervision phase:M= 211.24, SD = 203.97; $F(1, 72) = 4.12$, $p < .046$. Analyses of matched interviews conducted by the same interviewers while they were receiving regular feedback and after this had ended showed declines in their use of open-ended prompts and increases in their reliance on riskier option-posing and suggestive prompts. There were no group differences in the average number of details elicited per utterance of each type; and as a result, the amount and proportion of infor-	

				the house?"). Suggestive utterances. These are stated in such a way that the interviewer strongly communicates what response is expected (e.g., "He forced you to do that, didn't he?"), or they assume details that have not been revealed by the child (e.g., Child: "We laid on the sofa."; Interviewer: "He laid on you or you laid on him?"). When a single turn in the dialogue included two or more statements or questions that could be coded differently, the highest category defined by the numerical label in the aforementioned list was applied. New details con-	mation elicited using open-ended prompts declined after the end of supervision, whereas the amount and proportion of information elicited using more focused prompts increased.	

				veyed by the child. By definition, details involved the identification of individuals, objects, events, and descriptions of their features (e.g., appearance, actions, locations). Details were counted only when they added to understanding of the target incidents, so restatements of facts were not counted. Details provided following facilitators were attributed to the preceding substantive utterance (invitation, directive, option posing, or suggestive), and facilitators were not tabulated.		
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Lamb, ME et al. (2002). The Effects of Intensive Training and	Pre-post Study	21 experience forensic interviewers conducted 192 interviews.	All of the interviews and interviewees were native Hebrew speakers who conversed in Hebrew. All of the training and	**Details provided by the child:** Details involved the identification	Interview Utterance Types: Following training, interviewers in the victims' protocol and suspects' protocol conditions used more invitations,	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Didactic workshops and instruction in the utilization of highly structured

Ongoing Supervision on the Quality of Investigative Interviews With Alleged Sex Abuse Victims Israel		96 interviews conducted following training were compared with the structure and informativeness of 96 matched interviews conducted by the same interviewers in the 6 months prior to the training. **Training conditions:** <u>Validation condition</u> 25 interviews conducted by 6 interviewers. Comparison: 25 matched baseline interviews conducted within the previous 6 months by the same interviewers. <u>Rapport building condition</u> 24 interviews conducted by 5 experienced investigators. Comparison 24 matched baseline interviews conducted by the same 5 interviewers in the 6 months preceding the introduction of the scripted presubstantive modules. <u>Victims' protocol condition</u>	supervision, except for some portions of the intensive training in Conditions I and II and some of the written materials provided to interviewers in all conditions, were provided in Hebrew as well. No interviewer was included in more than one training condition. **Training conditions:** <u>Validation condition</u> Training for this condition involved a week-long session taught by a multinational team of forensic and developmental psychologists and social workers. In this session, instructors explained the developmental factors and circumstances associated with variation in children's abilities to describe their experiences, with emphasis on the ways in which interviewers crucially affect the quality and richness of children's accounts. Videotaped examples of desirable interview practices were shown for illustrative purposes. Because the interviewers had agreed to assist in a field validation study of children's credibility analysis, furthermore, the literature on this topic was also explained. Further details about	of individuals, objects, and events, and descriptions of their features (e.g., appearance, action, location). Details were only counted when they added to understanding of the target incidents, so restatements of facts were not counted. Details provided following facilitators were attributed to the preceding substantive utterance (invitation, directive, option-posing, or suggestive). The number of facilitators was not tabulated. <u>Facilitators</u> Non-suggestive encouragement to continue with a response to the previous utterance. These include utterances like "O.K.," re-	proportionally fewer directive (ps < .001), and fewer option-posing utterances (ps < .05) than did interviewers in the validation and the rapport-building conditions. Following the training younger children were more likely than older children to be asked more invitations in the victims' and suspects' protocol conditions than in the validation and rapport building conditions (ps < .001). Scheffé tests showed that both absolutely (p < .01) and proportionally (p < .001) more details were elicited using invitations in the victims' and suspects' protocol conditions than in the validation condition, whereas proportionally more details were elicited using invitations in the victims' protocol condition than in the validation and rapport-building conditions (p < .001). Absolutely and proportionally fewer details were elicited using option-posing prompts in the victims' protocol condition than in the validation (p < .05) and rapport-building (p < .001) conditions. Proportionally more details were elicited using directives in the validation than in the victims' protocol and rapport-building conditions. <u>Children's Responses:</u> Significant effects for age on the	presubstantive interview procedures had little effect on the number of open-ended prompts used to elicit information or on the amount of substantive information elicited in this way. By contrast, intensive training in the use of a highly structured interview protocol, followed by continuing supervision in the form of monthly day-long seminars, supplemented in some cases by detailed individual feedback on recent interviews, yielded dramatic improvements on these measures of interview quality. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Training with a structure protocol coupled with regaular workshops and feedback yielded improvements in the information obtained from children during forensic interviews. The training and feedback in this study is relatively intense and perhaps not applicable in a german setting at this stage, however the study implies that training and feedback are important to ensure consistent interviews that produce good quality information from concerned children. Interviews were regarding sexual abuse.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Real world data, 192 forensic interviews **SCHWÄCHEN:** Interviews were regarding sexual abuse.

		30 interviews were conducted by 5 experienced investigators Comparison: 30 matched interviews conducted by the same interviewers in the 6 months preceding introduction of the structured protocol <u>Suspects' protocol condition</u> 17 interviews were conducted by 5 experienced interviewers. Comparison: 17 matched interviews (suspects' protocol baseline) conducted by the same interviewers in the 6 months preceding onset of the suspects' protocol condition interview training *Baseline/comparison Interviews* Interviews in the baseline conditions by were selected from among all sexual abuse investigations conducted by the same interviewers prior to the respective training periods solely on the	this condition were provided by Lamb et al. (1997) in their report of the field validation study. <u>Rapport building condition</u> Training specific to this condition (provided in addition to the Condition 1 training) involved a 2-day session focused on the importance of structuring the investigative interview carefully and of motivating child witnesses to be informative. Participants were given two structured rapport-building modules to use as the presubstantive phase of their investigative interviews. One version introduced children to open-ended interview prompts while the other introduced them to focused prompts. Both modules took an average of 7 min to implement. <u>Victims' protocol</u> Before the fully structured NICHD interview protocol (Orbach et al., 2000) was implemented, all interviewers in this condition participated in an intensive 2-day training seminar during which the conceptual and empirical rationale for all phases of the interview were	statements of the child's previous utterance, and non-suggestive words of encouragement designed to prompt continuation of the child's narrative. Because Hershkowitz (in press) has recently shown that facilitators merely amplify the preceding interviewer prompt, they are not analyzed as independent utterances. Details provided following facilitators were attributed to the preceding prompt. Invitations. Utterances, including questions, statements, or imperatives, prompting free-recall responses from the child. Such utterances do not delimit the child's focus except in a general way (for	number of details elicited using invitations, $F(1, 176) = 9.571$, $p < .002$; directive, $F(1, 176) = 12.435$, $p < .001$; and option-posing prompts, $F(1, 176) = 4.220$, $p < .041$; and on the proportion of details elicited using suggestive prompts, $F(1, 176) = 5.391$, $p < .021$; indicated that all types of prompts elicited more details from older than from younger children. More details were elicited using invitations, and fewer were elicited using directive, option-posing, and suggestive prompts in the victims' and suspects' protocol conditions after training than before. Whereas the rapport-building and validation training conditions had no effect on the amount of information elicited using invitations and directive prompts, more details were elicited using option-posing and suggestive prompts after training than in the matched baseline conditions ($ps < .05$). Univariate Condition × Age interactions were evident in the numbers of details elicited using invitations, $F(3, 176) = 3.603$, $p < .015$; and option-posing prompts, $F(3, 176)=4.204$, $p<.007$. Invitations elicited more details from older than from younger children in the rapport building and suspects' protocol conditions. Option-posing prompts elicited more details from older than from younger chil-	

		basis of their comparability with interviews in the training conditions. Unmatchable interviews in the training conditions were excluded from the study. Matching variables used to select interviews conducted by the same interviewers in the 6 months preceding the onset of training in each of the training conditions included the following: the age of the child (within 6 months); the number of alleged incidents experienced (103 alleged one incident and 89 alleged more than one incident); the relationship between the alleged perpetrator and the victim (the perpetrator was a familiar person in 112 of the cases and a stranger in 80 cases); the type of abuse (penetration [n = 46], touching over [n = 43] or under [n = 78] the clothes, or exposure [n = 25]); and gender of the alleged victim (n = 138 female). All of these	explained by a team of forensic and developmental psychologists and social workers. Both appropriate and inappropriate interview techniques were illustrated and discussed. Trainees also conducted simulated interviews using the protocol which were then discussed with other trainees and the instructors. The goal of the structured protocol was to operationalize the recommendations of professional advisory groups regarding optimal interviewing techniques and to maximize the interviewers' adherence to these procedures. <u>Suspects' protocol</u> Interviewers in this condition were initially trained to interview alleged juvenile perpetrators of sexual abuse, using a fully structured protocol. Like the NICHD victim interview protocol, the suspect protocol emphasized the value of recall memory retrieval, but coercive strategies were included in the suspect protocol because many of the alleged suspects were less motivated than the alleged victims to be truthful. The interviewers in Condition 4 attended the monthly sessions alongside	example, "Tell me everything that happened"), or use details disclosed by the child as cues (for example, "You mentioned that he touched you. Tell me everything about the touching."). <u>Directive utterances</u> These refocus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has already mentioned, providing a category for requesting additional information using "Wh-" questions (cued recall). For example, "When did it happen?" (When the child disclosed that something happened), or "What color was his t-shirt?" (When the child said he was wearing a t-shirt).	dren in the validation and rapport-building condition, whereas the reverse was true in the victims' protocol condition ($p < .05$). Interviewers in all the training conditions elicited more information before their first intrusive prompt than did those in the baseline conditions, while interviewers allowed older children to provide more information before intruding than did those interviewing younger children. The significant interaction reflected the absence of differences with respect to condition prior to training, whereas, after training, interviewers in the victims' protocol condition were especially successful when interviewing younger children, while those in the suspect and to a lesser extent, rapport building condition, were especially successful at delaying their intrusions when interviewing older children.	

		factors are either known or believed to affect interview processes. None of the alleged perpetrators were members of the victims' families. <u>Children:</u> 54 boys, 138 girls Ø Age: 9.20 years of age (range = 4.0 to 14.25 years). <u>Interviewers:</u> 15 women and 6 men Interviewers weren working in all regions of the state of Israel, where youth investigators are the only persons authorized to conduct forensic interviews of children and adolescents suspected of being victims, witnesses, or perpetrators of criminal acts	interviewers in the victims' protocol condition in which group level feedback on victims' and suspects' interview interview strategies were provided, and exemplary interviews were analyzed and discussed. The interviewers received no individual supervision and feedback on their own field interviews with either suspects or child victims, however. Fewer victim interviews were conducted by interviewers in this group because they were also required to interview alleged suspects. Only their interviews of alleged victims were considered for inclusion in this study.	<u>Option-posing utterances</u> These focus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has not previously mentioned, asking the child to affirm, negate, or select options provided by the investigator using recognition memory processes, but do not imply that a particular response is expected. For example, "Did he say anything to you?", or "Did he touch you over or under your clothes?" (When the child mentioned that he touched him/her). <u>Suggestive utterances</u> These are stated in such a way that the interviewer strongly communi-		

				cates what response is expected (e.g., "He forced you to do that, didn't he?") or they assume details that have not been revealed by the child (for example: Child: "We laid on the sofa." Interviewer: "He laid on you or you laid on him?") new details conveyed by the child.		
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Lewy, J et al. (2015). Impact of interviewers' supportive comments and children's reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure Canada	Pre-post Study (Field Study)	163 interviews of child sexual abuse disclosures found by police officers to be "substantiated" after thorough investigation. In support of the child's allegations, police officers were either in possessionof the perpetrator's confession, medical evidence, the disclosure of another witness and/or another type of corroborating evidence. From the 163 interviews,	45 forensic interviews conducted by police officers using the NICHD Protocol were matched with 45 interviews conducted by the same police officers before they were trained to use the Protocol Police officers were trained to use the NICHD Protocol between 2003 and 2006. The police officers received a one-week intensive training, including daily presentations, discussions and role-playing to practice the proper use of theNICHD Protocol. During the session,	• Significant details on the sexual abuse obtained from the substantive phase, codification and analyses were conducted on the substantive phase of the interview.Details were defined as words or phrases describing people, objects, places or events (in-	<u>Interviewer's supportive and non-supportive demeanors, children's reluctance and cooperation.</u> The children's age was used as a covariatein this analysis. There were no statistically significant differences between Protocol and non-Protocol interviews (see Table 1)on the combined dependent variables (F(4, 84) = 1.27, p = .297; Wilks' Lambda = .94; partial eta squared = .06). As such, theuse of the NICHD Protocol had no influence on interviewers' supportive or non-supportive demeanors and on children'sreluctance or cooperation. <u>Factors Affecting Children's Disclo-</u>	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Overall, these results indicate that in order to promote detailed disclosure of CSA, interviewers should decrease their non-supportive comments and learn to deal more effectively with children's reluctance during forensic interviews. As such, protocols and training should encourage investigative interviewers to devote more time identifying early signs of children's verbal reluctance and to understand the negative impact of non-supportive comments on the disclosure of substantive details.

		only 120 interviews were deemed to match on children's age, sex, child–perpetrator relationships, and the type and frequency of the abuse, which amounted to a total of 60 paired interviews (adhering or not to the NICHD Protocol). From that sample, 15 interviews were excluded because they were second interviews, the child was mentally challenged, or the child was diagnosed with a mental health disorder. A total of 90 interviews were included in the study, 45 forensic interviews conducted by police officers using the NICHD Protocol were matched with 45 interviews conducted by the same police officers before they were trained to use the Protocol. <u>Children</u> 67 girls, 23 boys Age range = 4 to 13 years of age,	current knowledge of memory, suggestibility, and children's developing cognitive andcommunicative capacities were reviewed. The Protocol was presented in detail, with the research literature used to explainits structure and goals. Video-taped and transcribed interviews were used to illustrate both desirable and risky practices, andpractice periods allowed trainees to use the Protocol when interviewing role-playing actors who followed predeterminedvictim scripts. These role-plays were filmed for review and analyzed with the trainee and with the entire group.	cluding actions). Those details werecounted only when they were new and helpful in understanding what the victim was trying to convey. • Child reluctance • Interviewer Supportive Comments Interviewers Non-Supportive Comment	<u>sure of Details</u> Pearson's correlation coefficients showed significantly small (r = –.17) to large (r = .69) correlations between children'sage, reluctant or cooperative comments, proportion of details disclosed about the sexual abuse, proportion of open-ended questionsas well as the interviewers' use of the NICHD Protocol (r = 0.24) and their demeanors with no case of multicollinearity.It is important to note that supportive and non-supportive dimensions reflect different comments of the interviewer who are not opposite to one another. This explains the positive correlation observed between supportive and non-supportivecomments of the interviewer (same is true for the cooperation and reluctance of the child). As such interviewers used attimes supportive and non-supportive comments with children during cooperative and resistant statements. A hierarchical multiple regression was conducted to forecast which variables best explain the proportion of detailsdisclosed regarding the SA by children during the forensic interview after controlling for children's age and the use of theNICHD Protocol. Both children's age (ˇ = .48, p = .001) and the use of the NICHD Protocol (ˇ = .24, p = .010) entered at Step1 were significant and explained 28% of the	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Use of old version of the NICHD protocol where the introduction is conducted before the rapport builing stage. A week long training was part of the NICHD protocol use, however no information was provided about how the interviews were conducted prior to the training of the NICHD protocol. Only child sexual abuse cases that were substantiated were included in the study, results might be different if a different sub-population were to be used.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Interviews were conducted by 19 different police-investigators **SCHWÄCHEN:** Only child sexual abuse cases that were substantiated were included in the study – Selection Bias

		Ø Age = 8.28 (SD = 2.57; median = 8.00). Allegations: exhibitionism = 3%, sexual touching over the clothing = 7%, sexual touching under-neath the clothing = 37%, and oral or genital penetration = 53% Multiple incidents = 74% Alleged perpetrator: 94% known to child 54% members of their immediate family, 11% members of their extended family 29% were acquaintances 6% strangers <u>Police</u> 19 different police-investigators (11 males and 8 females). Ø Age = 0 (SD = 3.47 years) Ø Years of services = 17 years (SD = 2.31 years) Ø Years of sexual abuse investigations = 2.5 (SD = 1.76years)			variance in children's disclosure F(2, 87) = 18.12, p = .001. Four new variableswere introduced at Step 2, namely children's reluctance and cooperation and interviewers' supportive and non-supportivecomments, which explained a total variance of 54%, F(6, 83) = 18.36, p = .001. In the final model, children's reluctance (ˇ = −.34,p = .002) had a higher beta value than children's age (ˇ = .27, p = .005), interviewers' non-support (ˇ = −.27, p = .003), and theuse of the NICHD Protocol (ˇ = .30, p = .001). These variables contributed significantly to an additional 26% of the variance inchildren's disclosure, F change (4, 83) = 13.34, p = .001. In addition, interaction terms were tested and none were significant.One standard multiple regression with the same covariables were conducted to identify which subscales of the (a)children's reluctance and (b) interviewers' non-support scales were significant contributors to these results. In the regression,children's refusal to elaborate on the subject (ˇ = −.35, p = .001) and interviewers doubting the child's answers (ˇ = −.26,p = .004) explained 29.5% of the variance in the proportion of details disclosed, above and beyond the effect of age and theuse of the NICHD Protocol F(9, 78) = 6.21, p = .001.	

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Newlin, C et al. (2015). Child Forensic Interviewing: Best Practices. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention USA	Experten-meinung/ Narrative Review	Not applicable Children who are victims of suspected abuse or witnesses of violence	Consensus based best practices written by experts from the major national forensic interview training programs.	To identify best practices in child forensic interviewing in cases of alleged abuse or exposure to violence.	Timing Conduct the forensic interview as soon after the initial disclosure of abuse, or after witnessing violence, as the child's mental status will permit and as soon as a multidisciplinary team response can be coordinated (APSAC, 2012; Saywitz and Camparo, 2009). Documentation Electronic recordings are the most complete and accurate way to document forensic interviews (Cauchi and Powell, 2009; Lamb et al., 2000), capturing the exchange between the child and the interviewer and the exact wording of questions (Faller, 2007; Warren and Woodall, 1999). Video recordings, used in 90 percent of Children's Advocacy Centers (CACs) nationally (MRCAC, 2014), allow the trier of fact in legal proceedings to witness all forms of the child's communication. Recordings make the interview process transparent, documenting that the interviewer and the multidisciplinary team avoided inappropriate interactions with the child (Faller, 2007). Consultation With the Multidisciplinary Team	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Forensic interviewers should use open-ended questions and should allow for silence or hesitation without moving to more focused prompts too quickly. Although such questions may encourage greater detail, they may also elicit potentially erroneous responses if the child feels compelled to reach beyond his or her stored memory. No two children will relate their experiences in the same way or with the same level of detail and clarity. Individual characteristics, interviewer behavior, family relationships, community influences, and cultural and societal attitudes determine whether, when, and how they disclose abuse. The literature clearly explains the dangers of repeated questioning and duplicative interviews; however, some children require more time to become comfortable with the process and the interviewer. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Consensus based best pratices of forensic interviews for children. A thorough overview of forsenic interviews are provided through a narrative review of literature and experience of the experts. Interviewers should always consider the child's age, development,

					Forensic interviews are best conducted within a multidisciplinary team context, as coordinating an investigation has been shown to increase the efficiency of the investigation while minimizing system-induced trauma in the child (Cronch, Viljoen, and Hansen, 2006; Jones et al., 2005). Before the interview, multidisciplinary team members should discuss possible barriers, case-specific concerns, and interviewing strategies, such as how best to introduce externally derived information, should that be necessary. Regardless of whether the forensic interview is conducted at a CAC or other child-friendly facility, the interviewer should communicate with the team members observing the interview to determine whether to raise additional questions or whether there are any ambiguities or apparent contradictions to resolve (Home Office, 2007; Jones et al., 2005). The interviewer often has to balance the team's request for further questions with the need to maintain legal defensibility and with the child's ability to provide the information requested. <u>Question Type</u> Maximizing the amount of information obtained through children's free recall memory is universally accepted among forensic interview	disabilities, cultural differences, trauma to the child and understand the disclosure of the child. The interview should be part of the multiprofessional response to the alleged abuse of the child/child witnessing violence. The forensic interview should have 3 phases – rapport builing, substantive and closure phase. Considerations ragrding the interview should include the timing, documentation, role of the interviewer, question type and any interview aids.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Multiprofessional opinion with a narrative review of current literature **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENNBAR.

					models as a best practice. Forensic interviewers should use open-ended and cued questions skillfully and appropriately to support children's ability and willingness to describe remembered experiences in their own words (Lamb, Orbach, Hershkowitz, Esplin, and Horowitz, 2007; Myers, 2005; Saywitz and Camparo, 2009; Saywitz, Lyon, and Goodman, 2011). Ask more focused questions later in the interview, depending on the developmental abilities of the child, the child's degree of candor or reluctance, the immediacy of child protection issues, and the existence of reliable information previously gathered (e.g., suspect confession, photographs) (Imhoff and Baker-Ward, 1999; Lamb et al., 2003; Perona, Bottoms, and Sorenson, 2006). This approach reduces the risk of the interviewer contaminating the child's account. Open-ended questions encourage children to elaborate and to include salient details without significant input from the interviewer, who should use them throughout the interview. Recall prompts may include directives or questions, such as "Tell me everything that happened," "And then what happened?" and "Tell me more about (specific person/action/place that the child previ-	

					ously mentioned)." Once open-ended questions are exhausted, it may be necessary to progressively focus the query. Children may omit details because they do not know the significance of the information sought or because they are reluctant to divulge certain information. <u>The Forensic Interview</u> Forensic interview models guide the interviewer through the various stages of a legally sound interview; they vary from highly structured/scripted to semi-structured (interviewers cover predetermined topics) to flexible (interviewers have greater latitude). All models include the following phases: • The initial rapport-building phase typically comprises introductions with an age- and context-appropriate explanation of documentation methods, a review of interview instructions, a discussion of the importance of telling the truth, and practice providing narratives and episodic memory training. • The substantive phase most often includes a narrative description of events, detail-seeking strategies, clarification, and testing of alternative hypotheses, when appropriate.	

					• The closure phase gives more attention to the socioemotional needs of a child, transitioning to nonsubstantive topics, allowing for questions, and discussing safety or educational messages. <u>Supervision and Peer Review</u> Although agreement exists that knowledge of forensic interviewing significantly increases through training, this newly acquired knowledge does not always translate into significant changes in interviewer practices (Lamb, Sternberg, Orbach, Hershkowitz, Horowitz, and Esplin, 2002; Lamb et al., 2008; Price and Roberts, 2011; Stewart, Katz, and La Rooy, 2011). Supervision, peer reviews, and other forms of feedback should help forensic interviewers integrate the skills they learned during initial training and also improve their practice over time.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Orbach, Y & Lamb, ME. (2001). The relationship between within-interview contradictions and eliciting interviewer utteranc-	Case Study	Not applicable One 5 year old child, an alleged victim of sexual abuse	Analysis of forensic interview of a five year old girl, an alleged victim of sexual abuse conducted in the late 1980's by a psychologist investigating allegations of sexual abuse in a family day care home. The investigation led to a conviction that was later overturned on appeal.	Content analyses of the child's responses focused on: 1) new informative details about the reported incidents; 2) contradictory	Option-posting and suggestive utterances were posed from the beginning of the interview, as indicated by the fact that no information was provided by the child prior to the investigator's first option-posing or suggestive prompt. Of the 195 substantive utterances in the interview, 143 (73%) were option-posing or suggestive in	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Poor interviewing practices can be associated with high levels of internal contradiction and should be avoided by forensic interviewers. To avoid contaminating children's reports and increase the likely accuracy of the information retrieved, interviewers should elicit as

es USA			The interview was video-recorded and transcribed by a professional transcriber. The transcript was checked against the video recording of the interview to ensure its completeness and accuracy. Two coders, who had been trained to code investigative interviews, but were unaware of the purpose of the study, independently coded the transcript of the video-recorded interview.	details; 3) "central" and "peripheral" details; and 4) the types of utterances used toelicit each detail Only new details (those appearing for the first time) were counted. Repeated details were not counted. Details which were inconsistent with earlier disclosed information were defined as 'contradictory.' All substantive utterances or prompts were categorized into one of the following categories: 1. Invitations. Utterances, including questions, statements, or imperatives, prompting free-recall responses from the child. Such utterances do	nature. Fifty-nine (41%) of the 143 option-posing and suggestive utterances were associated with contradictory details, either because they elicited information that was later contradicted (14 utterances, 24% [Example: Line 216—Interviewer: "Did X. take his clothes off or did he leave his clothes on?" Child: "He leaves his clothes on;" Line 499—Interviewer: "He took his clothes off?" Child: "Yes."]) or because they elicited details that contradicted details reported earlier (45 utterances, 76% [Example: Line 230—Interviewer: "Did he say anything to you? Did he talk to you?" Child: "No;" Line 445—Interviewer: "What did he say would happen?" Child: "You will get in big bad trouble."]). Many (85%) of the utterances eliciting contradictory information in this study were yes/no questions. Moreover, five (25%) of the 20 option-posing utterances and 13 (52%) of the 25 suggestive utterances that elicited contradictory details were repeated. Of the 403 details provided by the child during the interview, 138 details (34%) were associated with contradiction, in that 51 details were later contradicted and 87 details contradicted information that had been reported earlier. All but one of the 51 details that were later contradicted	much information as possible using open-ended utterances, which tap free-recall memory. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: The case study of the forensic interview conducted in the late 1980's by a psychologist on a 5 year old girl who was an alleged victim of sexual abuse shows that the types of questions asked by the interviewer are important and can lead to the child to say contradictory statements. When open ended utterences were used, no contradictions occurred, implying that the use of open ended utterances may be better to use in forensic interviews. It is important to note that the conviction was overturned in this case.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** NICHT RELEVANT FÜR EINE FALLSTUDIE. **SCHWÄCHEN:** NICHT RELEVANT FÜR EINE FALLSTUDIE.

				not delimit the child's focus except in a general way (for example, "Tell me everything that happened"), or use details disclosed by the child as cues (for example, "You mentioned that he touched you. Tell me everything about the touching."). 2. Directive utterances. These refocus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child has already mentioned, providing a category for requesting additional information using "Wh-" questions (cued recall). 3. Option-posing utterances. These focus the child's attention on details or aspects of the alleged incident that the child	(98%) and 80 of the 87 contradicting details (92%) were central (i.e., plot-crucial). Moreover, in over 50% of the contradicting details, of which 91% were elicited in response to option-posing or suggestive questions, the child provided information contrary to her earlier denials. 82 (94%) of the 87 contradicting details were elicited using option-posing or suggestive utterances. The remaining five contradicting details (6%) were elicited using one directive utterance (a summary). No contradiction occurred in response to an open-ended utterance. A posthoc analysis revealed that in 40% of the option-posing and suggestive utterances which elicited contradictory details, the interviewer cast doubt on the truthfulness of the child's response by asking such questions as "Did he really do it?" or "Is that the truth or a lie?".	

				has not previously mentioned, asking the child to affirm, negate, or select an investigator-given option using recognition memory processes, but do not imply that a particular response is expected. 4. Suggestive utterances. These are stated in such a way that the interviewer strongly communicates what response is expected (for example: “He forced you to do that, didn’t he?”) OR they assume details that have not been revealed by the child (for example: Child: “We laid on the sofa.” Interviewer: “He laid on you or you laid on him?”).		

Frakturen						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kemp, AM et al. (2006).Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? UK	Systematic Review	Von 1.831 wurden 34 Studien eingeschlossen (Fallserien, Kohortenstudien und RCTs) Die Studienpopulation lag bei 13 bis 261 Kinder. <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien von Kindern < 18 Jahre, die radiologische Untersuchungen zur Identifizierung von Knochenbrüchen bei vermutetem Kindesmissbrauch hatten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Konsensus-Beschlüsse, Expertenmeinungen • Studien, in denen Einzelheiten über Kinder nicht aus gemischten Altersdaten zur Analyse extrahiert werden können; Studien mit unzureichenden Angaben der Untersuchungsergebnisse • postmortem Studien	Systematische Suche von 1950-Oktober 2005 in 10 Datenbanken in allen Sprachen. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander basierend der Empfehlung des NHS Centre for Reviews and Dissemination bewertet. Bei allen relevanten Studien wurde die Qualität der Evidenz nach folgenden Kriterien bestimmt: Studiendesign, Einteilung des Skelett-Röntgen nach 5 Graden, Methodik der Skelett-Szintigraphie	Welche radiologischen Untersuchungen sollten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt werden?	34 Studien wurden aufgenommen und nach folgenden Fragestellungen untersucht: <u>Welche der beiden Untersuchungen (Röntgen oder Szintigraphie) hat eine höhere Aussagekraft?</u> Von den 34 Studien beschäftigten sich 15 Studien mit dieser Frage und zeigten widersprüchliche Ergebnisse für beide Untersuchungen. Der Nachweis von Schädel-, Metaphysen- und Epiphysenfrakturen ist geringer in der Szintigraphie und der Nachweis von Rippenfrakturen ist geringer im Röntgen. Bei Durchführung einer Untersuchung alleine können Hinweise auf okkulte Frakturen fehlen. <u>Fördert die Wiederholung des Skelett-Röntgen die Detektion?</u> Von den 34 Studien zeigten 2 Studien, dass eine Wiederholung des Skelett-Röntgen zwei Wochen nach der ersten Untersuchung zusätzlich signifikante Informationen zu Anzahl und Alter der Frakturen lieferte. (Kleinman et al. 1996. AJR: In 61% follow-up skeletal surveys provided additional information about the age of fractures and the number of fractures identified which increased by 27% (p	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Bei Kindern unter 2 Jahren mit dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung, sollte die diagnostische Bildgebung des Skeletts obligatorisch sein. Skelett-Röntgen oder Skelett-Szintigraphie allein ist unzureichend, um alle Frakturen zu identifizieren. Es wird empfohlen, dass das Skelett Röntgen auch schräge Aufnahmen der Rippen enthalten sollte. Das Review, dass folgende Möglichkeiten nach prospektiver Auswertung die diagnostischen Ergebnisse verbessern würde: Skelett Röntgen mit schrägen Aufnahmen, Röntgen und Szintigraphie des Skeletts, Wiederholung des Skelett Röntgen, bzw. Wiederholung ausgewählter Aufnahmen nach 2 Wochen oder eine Skelett-Szintigraphie mit Schädelradiographie und Zentralstrahlaufnahmen von Metaphysen und Epiphysen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Review hat klinisch relevante Fragen gestellt und auch beantwortet. Allerdings ist die Einzelbewertung der Studien nicht immer transparent. Die Studien sind sehr heterogen, da u.a. die Einschlusskriterien weit gefasst waren. Es liegt ein Update des Reviews vor.

EVIDENZLEVEL 2++					< 0.005). Welche Aufnahmen gehören zum Skelett-Röntgen? Von den 34 Studien beschäftigten sich 13 Studien mit dieser Frage. Eine vergleichende Studie zeigte bei 73 Kindern, dass zusätzliche schräge Röntgenaufnahmen der Rippen eine verbesserte diagnostische Sensitivität, Spezifität und Genauigkeit. (Ingram et al. 2000. Emerg Radiol: compares the sensitivity, specificity and accuracy of traditional two-view chest radiography [anteroposterior (AP) and lateral] with a four-view assessment that included two additional oblique views of the ribs in 73 children. This technique improved the sensitivity by 17% (95% CI 2e36%; p ¼ 0.18), and specificity by 7% (95%CI 2e13%; p ¼ 0.004). Ein Skelett-Screening muss umfassend sein. Aufnahmen der Metaphysen und schräge Aufnahmen der Rippen maximieren den Nachweis okkulter Frakturen. Welche Kinder sollten auf okkulte Frakturen untersucht werden? Von den 34 Studien versuchten 4 Studien die Ergebnisse des Skelett-Screenings daraufhin zu untersuchen. Die Ergebnisse waren unzureichend, für die Notwendigkeit der Untersuchung von Geschwistern misshandel-	**STÄRKEN:** Valide Erfassung der Patientendaten **SCHWÄCHEN:** Mittlerer selection bias, da Ein- und Ausschlusskriterien eher zu heterogenen Kohorten fürhrte. Retrospektive Studien

					ter Kinder, Kindern mit Verbrennungen, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder ältere behinderte Kinder. Der Nachweis okkulter Frakturen zeigte sich vor allem bei Kindern im Alter unter 2 Jahren. <u>Welche anderen bildgebenden Verfahren verbessern die Diagnose okkulter Frakturen?</u> Fallstudien deuten darauf hin, dass sowohl der Ultraschall als auch das MRT eine wertvolle Ergänzung sein kann.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2008).Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. UK	Systematic Review, Metaanalyse	Von 2.014 wurden 32 vergleichende Studien eingeschlossen Von den 32 Studien eigneten sich 26 Querschnittsstudien für eine Metaanalyse. <u>Einschlusskriterien:</u> • Vergleichende Studien • Studien von Kindern < 18 Jahre, die Frakturen unterschiedlicher Knochen als körperliche Misshandlung behandelten	Systematische Suche bis Mai 2007 in Medline, Medline in Prozess, Embase, Assia, Caredata, Child Data, CINAHL, ISI Proceedings, Sciences Citation, Social Science Citation Index, SIGLE, Scopus, TRIP und Social Care Online für Original-Studienartikel, Referenzen, Lehrbücher und Abstracts von Konferenz) in allen Sprachen. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander bewertet, basierend der Empfehlung des NHS Centre for Reviews and Dissemination.von 2001.	Suche von Merkmalen bei Frakturen, um eine Misshandlung zu identifizieren und um die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für einzelne Frakturtypen zu berechnen.	32 Studien wurden aufgenommen und verglichen und bei 26 dieser Studien wurde eine Metaanalyse durchgeführt. <u>Merkmale:</u> Es wurden Frakturen aufgrund einer Misshandlung in allen Teilen des Skelettsystems gefunden. Diese Frakturen wurden im Säuglingsalter (<1 Jahr) und bei Kleinkindern (zwischen 1 und 3 Jahre) nachgewiesen. Bei Misshandlung wurden häufig mehrere Frakturen festgestellt. <u>Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für einzelne Frakturtypen:</u>	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Wenn Säuglinge und Kleinkinder mit einer Fraktur ohne erklärbare Unfallursache vorstellig werden, sollte eine körperliche Misshandlung als mögliche Ursache in Betracht gezogen werden. Eine Fraktur für sich allein, kann eine Misshandlung nicht von einer Nicht-Misshandlung unterscheiden. Bei der Beurteilung der einzelnen Frakturen kann die Lokalisation, die Bruchart und die Entwicklungsstufe des Kindes dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung zu bestimmen. Die Anzahl der qualitativ hochwertigen Vergleichsstudien in diesem Bereich ist begrenzt, weitere prospektive Studien

		Ausschlusskriterien: • Übersichtsartikel, Gutachten • postmortem-Studien • Studien aller Altersgruppen, in denen keine Datentrennung von Kindern und Erwachsenen erfolgen konnten	Bei allen relevanten Studien wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es bestand ein Ranking von 1-5.		Für Rippenfrakturen war die Wahrscheinlichkeit am höchsten (0,71, 95% Konfidenzintervall 0,42 bis 0,91). Für Humerusfrakturen lag die Wahrscheinlichkeit zwischen 0,48 (0,06 bis 0,94) und 0,54 (0,20 bis 0,88); dies war abhängig von den Kriterien der Misshandlung. Eine suprakondyläre Humerusfraktur machte eine Misshandlung weniger wahrscheinlich. Für Femurfrakturen lag die Wahrscheinlichkeit zwischen 0,28 (0,15 bis 0,44) und 0,43 (0,32 bis 0,54), dies war abhängig von der jeweils verwendeten Misshandlungs- Definition und der Entwicklungsstufe des Kindes. Für Schädelfrakturen lag die Wahrscheinlichkeit bei 0,30 (0,19 bis 0,46); Lineare Frakturen waren die häufigsten Frakturen sowohl bei misshandelten als auch nicht misshandelten Kindern.	sind notwendig. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Review ist gut gemacht. Das Ranking zur Bestätigung der Kindesmisshandlung ist sinnvoll. Es liegt ein Update des Reviews vor.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** geringer Selection Bias, beinhaltet eine Metaanalyse **SCHWÄCHEN:** kaum erkennbar, bis auf die Anzahl retrospektiver Studien. Ausgeschlossene Studien sind nicht aufgelistet
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2010). What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: A systematic review.	Systematic Review	Von 8992 Artikeln wurden aus 780 relevanten Studien 19 kleine Fall-Serien eingeschlossen. Anzahl der Patienten: n= 25 Kinder Studientyp:	Systematische Suche von 1950 bis Februar 2009 in zahlreichen Datenbanken, Konferenz-abstracts, Websites und Lehrbüchern in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and	Suche nach radiologischen und klinischen Merkmalen bei misshandlungs-bedingten Wirbelsäulenverletzungen.	Die 19 eingeschlossenen Studien liefern Daten zu 25 Kindern. 12/25 Kinder hatten eine Verletzung im Halsbereich. Alter: Median 5 Monate Bei 7 Kindern waren die klinischen Zeichen der Verletzung durch respiratorische Symptome maskiert; 6 der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Wirbelsäulenverletzungen sind bei Säuglingen und Kleinkindern eine potentiell verheerende Verletzung und die evidenzbasierenden Veröffentlichungen dazu sind begrenzt. Die systematisch dazu ausgewählten Fall-Serien führen zu folgender Empfeh-

UK		Fallserien <u>Einschlusskriterien:</u> • Primärstudien von Kindern ≤18 Jahre mit misshandlungsbedingter Wirbelsäulenverletzung, die radiologisch (Röntgen/CT/MRT) bestätigt wurde • Studien mit klarer radiologischer Dokumentation • Studien, die die Misshandlung bestätigten (Konfirmation der Diagnose Misshandlung nach Maguire et al.**) • Studien mit Kindern, die bei der Aufnahme lebten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Expertenmeinung • Studien aller Altersklassen, bei denen die Daten der Kinder nicht zu extrahieren sind • postmortem Studien	Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al..		Kinder hatten zusätzlich ein misshandlungsbedingtes Kopftrauma. 12/25 Kinder hatten eine <u>Verletzung thorako-lumbal.</u> Alter: Median 13.5 Monate 10/12 mit Läsionen T11–L2 und 9/12 mit dislozierten Frakturen. Alle Kinder hatten fokale klinische Zeichen: 10/12 hatten Schwellungen thoraco-lumbal und 2/12 hatten eine fokale Neurologie. 1/25 Kind hatte sowohl <u>Verletzungen im Hals-, Thorax- und Sakralbereich.</u> 16/25 Kinder hatten weitere Frakturen.	lung: Jeder klinische oder radiologische Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung rechtfertigt eine MRT-Untersuchung. Bei Kindern, bei denen ein MRT des Schädels aufgrund eines misshandlungsbedingtem Kopftraumas durchgeführt wird sollten auch eine MRT-Untersuchung der Wirbelsäule erhalten. Das Skelett-Screening bei Kindern mit Verdacht auf Misshandlung sollte seitliche Aufnahmen von Hals- und Thorax-Lendenwirbelsäule beinhalten. Weitere prospektive Vergleichsstudien würden helfen diskriminierende Merkmale für misshandlungsbedingte Wirbelsäulenverletzungen zu definieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Misshandlungsbedingte Wirbelsäulenverletzungen sind als seltene Verletzungsart systematisch anhand von Fall-Serien ausgewertet worden und liefern Informationen zur Thematik, auch wenn eine Anzahl von 25 Kindern klein ist. Prospektive Studien, die sich der Thematik nach 2010 widmen sind uns nicht bekannt. Der Empfehlungen zum MRT der Wirbelsäule und dem Röntgen der seitlichen Wirbelsäule im Röntgen Skelettscreening kann angesichts der Seltenheit und der Klinik misshandlungsbedingter Wirbelsäulenverletzungen nicht gefolgt werden.

EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Geringer selection bias über die gut formulierten Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Aufgrund der seltenen Verletzungsmuster ist nur eine Bewertung über Fallserien möglich; es gibt keine Kontrollgruppe. Ausgeschlossene Studien sind nicht aufgelistet
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, S et al. (2013). What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse, An overview of review updates 2005-2013 UK	Update zweier Systematic Reviews mit einer Metaanalyse	Von 2.681 Studien wurden 32 Studien eingeschlossen. Davon befassten sich 23 Studien mit der radiologischen Diagnostik (Update von 1, siehe Intervention) und 9 Studien mit den Misshandlungsmerkmalen von Frakturen (Update von 2, siehe Intervention) <u>Einschlusskriterien:</u> • Primärstudien • Kinder im Alter von 0-17 Jahren (Ranking 1-3 bei Definition Misshand-	<u>Update von:</u> 1. Kemp et al. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clin Radiol 2006; 61:723–736. 2. Kemp et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. Br Med J 2008; 337: a1518. Systematische Suche von 2005 bis 2013 in 14 Datenbanken in allen Sprachen mit Hilfe von überarbeiteten Keywords. Alle Studien wurden einer standardisierten kritischen Bewertung durch zwei unabhängige Gutachter unterzogen. Bei allen relevanten Studien	<u>Update folgender Fragen:</u> 1. Welche radiologischen Untersuchungen sollten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durchgeführt werden? 2. Suche von Merkmalen bei Frakturen, um eine Misshandlung zu identifizieren und um die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für einzelne Frakturtypen zu berechnen.	Von 32 Studien befassten sich 23 Studien mit der radiologischen Diagnostik und 9 Studien mit Misshandlungsmerkmalen bei Frakturen. <u>radiologische Untersuchungen</u> Bei nur einer einzelnen Untersuchung von Skelett-Röntgen oder Skelett-Szintigraphie fehlt der vollständige Nachweis von misshandlungsverdächtigen Frakturen. <u>Wiederholung Skelett Röntgen:</u> Das ursprüngliche Systematic Review und nationale Standards aus UK und USA* empfahlen die Wiederholung des Skelett-Röntgen (ohne Aufnahmen des Schädels) nach 11-14 Tagen bei initial unauffälligen Skelett-Röntgen und bestehenden klinischen Bedenken oder die Durchführung einer Skelett-Szintigraphie zur Identifizierung von „Hot Spots“ nach erfolgtem initialen Skelett-Röntgen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die zugefügte Literatur validiert die ursprünglichen Schlussfolgerungen zur Wiederholung des Skelett-Screenings und fügt wichtige Informationen über Frakturen hinzu. Vergleichende Untersuchungen von Femur-, Humerus-, Rippen- und Schädelfrakturen ermöglichten eine Metaanalyse nach Alter des Kindes, jedoch sind weitere Vergleichsstudien erforderlich. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Sinnvolles Update zu bereits bekannten Systematischen Reviews aus Cardiff und dem Vermerk auf die Internetseite CORE-Info.de, die eine weitere Aktualisierung zum Thema bis Februar 2015 vorhält.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Geringer selection bias; quantitative Zusammenfassung der

		lung) • Vergleichende Studien von Kindern mit Frakturen des Schädels, des Femurs, des Humerus oder der Rippe • Vergleichende und nicht-vergleichende Studien zu anderen misshandlungsbedingten Frakturtypen • Kinder, die radiologische Untersuchungen zur Erkennung knöcherner Frakturen bei vermuteter Misshandlung hatten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Persönliche Erfahrungen • Übersichtsartikel • Studien aller Altersgruppen, in denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien mit ausschließlich Daten von nicht misshandelter Kinder • Studien mit dem Rang der Misshandlung von 4 und 5 oder gemischte Ränge, in denen relevante Fälle nicht extrahiert werden können	wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es bestand ein Ranking von 1-5. Außerdem wurde die Qualität des Skelett-Screenings beurteilt Durchführung einer Metaanalyse, stratifiziert nach Alter, um den prädiktiven Wert für eine Misshandlung von spezifischen Frakturen zu bestimmen.		Ab 2006 sind zur Wiederholung des Skelett-Screenings 6 retrospektive Studien bekannt mit heterogenen Daten. Bei 8,4-37,6% der untersuchten Kinder führt die Wiederholung des Skelett-Röntgen zu neuen Informationen, die das Kinderschutzverfahren beeinflussen. <u>Skelett Röntgen und Patientenalter:</u> Es liegen keine prospektiven Studien zur Bestimmung eines positiven prädiktiven Wertes einer speziellen Fraktur vor. Die Empfehlung zur Durchführung eines Skelett-Screenings* bei Kindern <2 Jahre mit Verdacht auf eine Kindesmisshandlung bleibt bestehen. <u>Rippen-Frakturen:</u> Das ursprüngliche Systematic Review ergab, dass die Durchführung schräger Aufnahmen der Rippen den Nachweis okkulter Frakturen erhöht. Die Studie von Hansen et al* stellte fest, dass zusätzliche Frakturen durch die vier Aufnahmen (posterior anterior, lateral, rechts und links schräg) in 12 von 22 Fällen nachgewiesen werden konnten. <u>Geschwister:</u> Das ursprüngliche Systematic Review erbrachte keine Hinweise zur notwendigen Röntgendiagnostik bei Geschwistern misshandelter Kinder.	Ergebnisse (Berechnung, gepoolter Schätzer, Untersuchung der Heterogenität, Sensitivitätsanalysen) der Studien für eine Metaanalyse; valide Endpunkterfassung; gute Vergleichbarkeit **SCHWÄCHEN:** ausgeschlossene Studien nicht aufgelistet

		• Studien, die nur okkulte Frakturen untersuchen			Seitdem sind 2 retrospektive Studien bekannt. Day et al* zeigte bei einem von 6 Geschwistern okkulte Frakturen. Lindberg et al* zeigte, dass bei Kindern <2 Jahre, die im Haushalt eines körperlich misshandelten Kindes leben, nach Durchführung eines Skelett-Screenings bei 11,9% von 134 Kindern okkulte Frakturen nachgewiesen werden konnten. <u>Frakturen, die auf eine Misshandlung hindeuten</u> Das ursprüngliche Systematic Review ergab, dass bestimmte Frakturen wahrscheinlich für eine Misshandlung sind. Rippenfrakturen haben die höchste Wahrscheinlichkeit. Femurfrakturen bei prämobilem Kind haben eine hohe Wahrscheinlichkeit und mehrfache Frakturen sind häufiger bei Misshandlung als bei akzidentellen Verletzungen. Suprakondyläre Humerusfrakturen sind meist akzidentell. Eine Metaanalyse für Femur- und Humerusfrakturen bezogen auf das Kindesalter zeigte, dass bei Kindern <18 Monate, die Fraktur als Folge einer Misshandlung signifikant häufiger ist als bei Kindern zwischen 1-4 Jahren.	

Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Paine, CW et al.	Systematic	Von 7.599 Studien wur-	Systematische Suche vom 1.	Suche nach Prä-	<u>Prävalenz aufgrund retrospektiver</u>	*Schlussfolgerung der Autorin-*

(2016).revalence of Abuse Among Young Children With Rib Fractures: A Systematic Review. USA	Review	den 10 retrospektive Studien eingeschlossen. Davon erfüllen 6 Studien klar definierte Kriterien und 4 Studien davon keine klar definierten Kriterien. Die Studien enthalten Daten von 1.396 Kindern im Alter von 0 bis 48 Monaten mit Rippenfrakturen. <u>Einschlusskriterien:</u> • Nicht-RCT-Studien und retrospektive Datenanalysen • Kinder ≤ 5 Jahre mit Rippenfraktur <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Rezensionen, Umfragen, Editorials und Lehrbücher • postmortem Studien • Studien von Kindern mit Rippenfrakturen, die von vornherein entweder einen akzidentellen oder nicht akzidentellen Mechanismus einschlossen (da diese Studien keine Informationen über die Prävalenz von Misshandlung liefern	Januar 1990 bis zum 30. Juni 2014 in PubMed, MEDLINE und CINAHL in englischer Sprache. Die Studienbewertung erfolgte durch zwei Prüfer unabhängig und die eingeschlossenen Studien wurden in Hinblick auf die Konfirmation der Diagnose Misshandlung bewertet. Hier wurde die Skala von 1-5 in Anlehnung an Maguire et al** gewählt.	valenz einer Misshandlung und Misshandlungszeichen bei Kindern mit Rippenfrakturen.	<u>Studien:</u> Säuglingen < 12 Monate: 67% bis 82% Kinder (12 bis 23 Monate): 29% Kinder (24 bis 35 Monate): 28% <u>Misshandlungszeichen:</u> Bei Säuglingen < 12 Monate mit einer Rippenfraktur war die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung in mehreren Studien signifikant erhöht. Die Frakturstelle ergab kein signifikantes Misshandlungszeichen.	*nen/Autoren der Studie*: Misshandlung ist die häufigste Ursache für Rippenfrakturen bei Säuglingen < 12 Monate. Prospektive Studien mit standardisierten Methoden sind erforderlich, um die Prävalenz der Misshandlung bei Kindern mit Rippenfrakturen und deren Merkmale genau zu bestimmen. Aufgrund der Heterogenität der Studienpopulationen und -methoden konnte keine Metaanalyse erfolgen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Systematic Review ist methodisch gut gemacht. Es wurden zwei medizinische Datenbanken genutzt und die Patientenkohorte war auf Kinder bis 48 Monate klar begrenzt und die Ergebnisse gut nachvollziehbar nutzbar.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Hohe Validität; gute Vergleichbarkeit der Kohorten **SCHWÄCHEN:** ausgeschlossene Studien nicht aufgelistet

		oder die Berechnung der studienspezifischen Sensitivität und Spezifität von Misshandlungsmerkmalen)				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries UK	Update Systematic Review	Von 374 Studien wurden für: <u>Outcome 1:</u> 20 Studien wurden eingeschlossen • 11 Studien: 0-4 Jahre • 5 Studien: 0-22 Monate • 3 Studien: 0-12 Monate 1 Studie: 0-24 Monate <u>Outcome 2:</u> 16 Studien wurden eingeschlossen • 13 Studien: < 3 Jahre 3 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 3:</u> 25 Studien wurden eingeschlossen • 21 Studien: < 3Jahre • 4 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 4:</u> • 1 Studie wurde eingeschlossen	Systematische Suche in 14 Datenbanken von 1970 bis 2014 und 5 Websites zum Datum 12.08.2014 in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al. 2005**. Bei Kategorie 1 und 2 war die Qualität hoch und bei Kategorie 3-5 war die Qualität niedrig.	4 Outcomes <u>Outcome 1:</u> Ziel der Studie war es, den relativen Wert einer MRT-Untersuchung zusätzlich zur anfänglichen CT-Untersuchung zu analysieren und den Anteil der Fälle abzuschätzen, in denen eine zusätzliche MRT ergänzende Informationen zu einer anfänglichen CT-Untersuchung liefern würde. <u>Outcome 2:</u> Untersuchung folgender Merkmale für AHT*: • Apnoe • Netzhautblutungen	• Bei einem akut kranken Kind ist eine Computertomographie (CT) die bevorzugte Bildgebungstechnik • Bei auffälligem CT oder klinischen Bedenken sollte die Magnetresonanztomographie (MRT) mit diffusionsgewichteter Bildgebung (DWI) durchgeführt werden, da sie die Fähigkeit hat, weitere intrakranielle Veränderungen zu identifizieren • Ultraschalluntersuchung sollte niemals als diagnostische Untersuchung herangezogen werden, da sie zwar einige Merkmale zeigte, aber viele andere verpasst • Es ist wichtig, dass bei allen Kindern mit vermutetem AHT* eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) stattfindet, um retinale Blutungen auszuschließen • Skelett-Screening mit schrägen Aufnahmen der Rippen sollten bei allen Kindern unter 2 Jahren mit Verdacht auf AHT* durchgeführt werden • Bei Kindern unter 3 Jahre finden sich bestimmte Merkmale (Netzhaut-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Dieses systematische Review bewertet die Literatur über misshandlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte neurologische Verletzungen bei Kindern, die bis August 2014 veröffentlicht wurde und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wider. AHT* bleibt die häufigste Form der tödlichen Kindesmisshandlung und betrifft vorwiegend Säuglinge. Während es eine große Anzahl von Studien in Bezug auf Wirbelsäulenverletzungen gab, konnten keine neuen Studien zu neuroradiologischen oder klinischen Merkmale von misshandlungsbedingtem Kopftrauma eingeschlossen werden. Eingeschlossen wurde eine Studie, die sich mit der Möglichkeit der Datierung von subduralen Blutungen durch Neuroradiologen beschäftigte. Es ist bekannt, dass die Diagnose eines AHT* bei einer Großzahl der Kinder übersehen wird, wenn sie mit Kinderärzten in Kontakt kommen. Wir hoffen, dass das Review, bei der

		Einschlusskriterien: • Studien mit Kindern im Alter von 0 Jahren bis 18 Jahre • vergleichende Beobachtungsstudie (Querschnitts- / Fallsteuerung / Fallreihe / Längskohorte) • Studien mit Kindern mit AHT* • Studien mit Kategorie 1 und 2 zur Bestätigung der Diagnose AHT* • Studien mit bestätigter Ätiologie für nAHT* • Studien bei denen die Kinder lebten • Studien mit relevanten klinische Angaben Ausschlusskriterien: • Studien über Komplikationen, Management oder Prognose von AHT* / nAHT* • Nichtvergleichende Studien • Konsensaussagen oder persönliche Meinungen • postmortem Studien • Studien mit gemischten Erwachsenen- und Kinderdaten, bei denen die Kinderdaten nicht		• Rippenfrakturen • Lange Knochenbrüche • Blut in den Kopf und / oder Hals • Krampfanfälle • Schädelfrakturen Outcome 3: Suche nach neuroradiologischen Unterschieden bei AHT* und nAHT*. Outcome 4: Ist eine Datierung der neuroradiologischen Merkmale bei AHT* möglich?	blutung, Apnoe) bei Kindern mit AHT* eher als bei Kindern mit nAHT*	gegenwärtigen Diskussion zur Fähigkeit der Erkennung von AHT* bei Kindern, helfen kann. Neue qualitativ hochwertige Studien haben es uns ermöglicht, die ursprüngliche Metaanalyse der neuroradiologischen Merkmale zu aktualisieren, die die Misshandlung von nAHT* unterscheiden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Update ist gut gemacht, erbrachte jedoch keine neuen Erkenntnisse für die Studien bis zum August 2014. Die neu gestellte Frage der Datierung neuroradiologischer Zeichen konnte nicht beantwortet werden. Dafür formulieren die Autoren nachvollziehbare und vertretbare Empfehlungen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENNBAR.

		extrahiert werden können • Methodisch fehlerhafte Studien (z. B. signifikante Bias, bei denen AHT* nicht hinreichend bestätigt wurde oder wo unzureichende klinische Details gegeben wurden) • Studien mit nur Kopfverletzungen ohne intrakranielle Verletzungen • Studien mit Kategorie 3 bis 5 zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Fractures Last updated: February 2015 UK	Update Systematic Review und Metaanalyse	Es sind 250 Studien gelistet. <u>Einschlusskriterien:</u> • Publikationen aller pädiatrischer-, radiologischer und orthopädischer Konferenzen • Kinder im Alter von 0-17 Jahren • Publikationen aller Evidenzarten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Persönliche Erfahrungen	<u>Update von:</u> 1. Maguire, Sabine; Cowley, Laura; Mann, Mala; Kemp, Alison (2013): What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse, An overview of review updates 2005-2013. In: Evid.-Based Child Health 8 (5), S. 2044–2057. Systematische Suche von 1950 bis Februar 2015 in 12 Datenbaken, gelisteten Zeitschriften und Websites in allen Sprachen. Die Suchwörter für die 1.-3.	<u>Update</u> 1. Welche Frakturen deuten auf Missbrauch hin? 2. Wie ist die Evidenz für die radiologische Datierung von Frakturen bei Kindern? 3. Welche radiologischen Untersuchungen sollten durchgeführt werden, um Frakturen bei vermuteter	• Bei Frakturen bei Kindern unter 18 Monaten sollte an eine Misshandlung gedacht werden • Mehrere Frakturen sind verdächtig für eine Misshandlung • Die Datierung von Frakturen ist wissenschaftlich ungenau, radiologische Zeichen der Knochenheilung stellen ein Kontinium dar, mit erheblicher zeitlicher Überlappung • Radiologische Schätzungen zur Verletzungszeit umfassen Wochen statt Tage; Es ist wichtig, dass alle Beteiligten dieser breite Zeitrahmen bekannt ist • Allein durchgeführte Skelett-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das systematische Review bewertet die wissenschaftliche Literatur über misshandlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte Frakturen bei Kindern, die bis Februar 2015 veröffentlicht wurden, und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wider. Bei 55% körperlich misshandelter Kinder bestätigten sich Frakturen, wobei sich bei 18% von ihnen mehrere Frakturen zeigten. Weitere Studien ermöglichten ein Update der Metaanalyse nach Altersgruppen, welches zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit

		• Übersichtsartikel • Studien aller Altersgruppen, in denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien, die sich ausschließlich mit Daten von nicht misshandelten Kindern beschäftigten • Studien, in denen relevante Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • methodisch fehlerhafte Publikationen Für alle vier Fragen des Outcomes sind separate Ein- und Ausschlusskriterien gelistet in Anlehnung an die vorherigen Veröffentlichungen.	Frage des Outcome wurde für Medline modifiziert und ist gelistet. Die Suchwörter für die 4. Frage des Outcome ist gelistet. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander bewertet, basierend der Empfehlung des NHS Centre for Reviews and Dissemination. Bei allen relevanten Studien wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es bestand ein Ranking von 1-5 nach Maguire et al**. Außerdem wurde die Qualität des Skelett-Screenings beurteilt, wenn dies die Einschlusskriterien vorsahen.	Kindesmisshandlung zu identifizieren? 4. Verursacht die kardiopulmonale Reanimation Rippenfrakturen bei Kindern?	Screening (SS) und Radionuklid-Bildgebung (RNI) verpassen den Nachweis okkulter Frakturen; Die optimale Bewertung sollte beide Untersuchungen beinhalten • Wenn RNI# die erste Untersuchung ist, muss ein zusätzliches Schädel-Röntgenbild durchgeführt werden und es sollten Aufnahmen der Metaphysen erfolgen • Jüngste Studien deuten darauf hin, dass bis zu 12% der im Haushalt (eines körperlich misshandelten Kindes)lebenden Kinder bis 2 Jahre ein positive SS# aufweisen; das Risiko für Zwillinge ist besonders hoch • Studien haben gezeigt, dass sich aufgrund der Änderung der Richtlinie der kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen, das Risiko für Rippenfrakturen erhöhen kann	einer Misshandlung für ein Kind mit unerklärlichen Frakturen von Nutzen sein kann. In diesem Bereich wurden qualitativ hochwertige Studien veröffentlicht, die die Bedeutung des Skelett-Screenings in verschiedenen Populationen und mit zusätzlich Details spezifischer Frakturmuster in Zusammenhang mit Misshandlung. Eine neue Studie behandelt die Heilung von Frakturen bei sehr jungen Säuglingen, die zur Datierung von Frakturen beiträgt. Die Änderung von Richtlinien in Bezug auf kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen kann sich auf das Risiko von Rippenfrakturen auswirken und aktuelle Studien haben dies angesprochen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Update mit einer neuen Frage, ob die kardiopulmonale Reanimation Frakturen verursacht.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Hohe Vergleichbarkeit der Studienkohorten, valide Erfassung der Endpunkte **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Wood, JN et al. (2014): Prevalence of abuse among young	Systematic Review	Von 7.009 Studien wurden von 271 relevanten Studien 24 Studien eingeschlossen.	Systematische Suche von Januar 1990 bis Juli 2013 in PubMed, MEDLINE und CINAHL in englischer Sprache.	Suche nach Prävalenz einer Misshandlung und Misshandlungs-	Von den 24 Studien schlossen: • 5 Studien Kinder mit Femurfrakturen jeder Ätiologie ein. • 13 Studien Kinder mit pathologi-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Andere Studien zeigen bei Kindern < 12 Monate mit Femurfraktur eine hohe

children with femur fractures: A systematic review. USA		In den 24 Studien wurden insgesamt 10.717 Kinder im Alter von 0-5 Jahren mit Femurfrakturen untersucht. <u>Einschlusskriterien</u> • RCT, prospektive nicht-RCT-Studien, retrospektive Datenanalysen • Studien von Kinder ≤5 Jahre mit Femurfrakturen • Studien bei denen die Daten für Kinder ≤5 Jahre mit Femurfraktur extrahiert werden können <u>Ausschlusskriterien</u> • Umfragen, Rezensionen, Editorials, Fall-Serien und Lehrbücher • Tier- und postmortem-Studien	Die Beurteilung der Studien erfolgte durch zwei unabhängige Gutachter anhand von PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) und wurde nach dem von 2011 Oxford Center für Evidence-Based Medicine (CEBM) gelistet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien in Hinblick auf die Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach einer Skala von 1-5 in Anlehnung an Maguire et al. Den höchsten Rang (1) haben Studien, die die Misshandlung aufgrund einer Fallkonferenz (Kinderschutzgruppe) oder eines Zivil-oder Strafgericht- Verfahrens bestätigten. Der niedrigste Rang (5) wurde an Studien gegeben, die keine Kriterien für die Bestätigung der Diagnose festlegen.	zeichen bei Kleinkindern mit Femurfraktur.	schen Frakturen und/oder klar zuzuordnender Ursachen wie Verkehrsunfällen aus • 8 Studien Kinder mit spezifischen Frakturen oder spezifisch gemeldeten Trauma-Geschichten ein • 3 Studien Kinder mit zusätzlichen Verletzungen ein. <u>Prävalenz:</u> Bei Kindern <12 Monate lag die Misshandlungsraten bei 16,7% - 35,5%. Bei Kindern >12 Monate lag die Misshandlungsraten bei 1,5% - 6,0%. Die Prävalenz einer Misshandlung in dieser Altersgruppe war damit geringer als die die Metaanalyse von Maguire et al. 2013, die für Kinder <18 Monate mit Femurfraktur 50,1% (95% CI, 34,1-66,1) feststellten. Über alle Studien wurde die Prävalenz für eine Misshandlung bei Kindern bis 36 Monate auf 11,0% - 31,2% für alle Formen der Femurfrakturen geschätzt. <u>Frakturlokalisation und -typen:</u> In mehreren Studien bestand keine Assoziation zwischen der Frakturseite oder einer Spiralfraktur und dem Auftreten einer Misshandlung. Bei diaphysären Frakturen war die Inzidenz einer Misshandlung niedriger.	Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung. Die angegebene Unfallanamnese, die körperlichen Untersuchungsergebnisse und radiologische Befunde müssen auf Merkmale untersucht werden, die Aussagen zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung zulassen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Review, dass die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache eine Fraktur des Femurs relativiert und dass auch der Annahme entgegensteht, dass spezielle Fraktur (siehe Spiralfrakturen) misshandlungstypisch sei.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUT VERGELICHBARE KOHORTEN **SCHWÄCHEN:** Selection bias: Auswahl durch eine Person

Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Carroll JC et al. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial Kanda	Randomisierte Kontrollstudie (RCT)	In 4 verschiedenen Standorten in Ontario wurden Gesundheitsdienst-leister eingeladen, an der Studie teilzunehmen. An der Teilnahme waren Gesundheitsdienstleister berechtigt, die vorgeburtliche, während der Geburt oder nachgeburtliche Versorgung anboten; 10 oder mehr Patienten pro Jahr versorgten; und keine vorgeburtlichen Screenings benutzen. 185 Gesundheitsdienstleister wurden geprüft, wovon 60 randomisiert wurden. Interventionsgruppe Gesundheitsdienstleister (N=30) 9 Ausfälle (30%), 21 in der Analyse inkludiert. Patienten (N=112)	Intervention: ALPHA-Fragebogen bei pränatalen Besuch zwischen der 20. und 32. Schwangerschaftswoche, ausgefüllt mit Geburtshelfer, Hausarzt oder Hebamme. 1-stündigen Workshop zu dem ALPHA-Formular für die Interviewer: interaktive Sitzung beinhaltet eine Überprüfung der Evidenz für das ALPHA-Formular, spezifische Interviewfragen, Rollenspiele, Managementstrategien für Partnergewalt und eine Zusammenfassung der Gemeinschaftsressourcen für psychosoziale Probleme. Risikofaktoren wurden als besorgniserregend eingestuft, wenn sie auch bei der Frau, ihrer Familie oder dem Interviewer Sorgen bereiten. Kontrollgruppe Frauen, deren Gesundheitsdienstleister in der Kontrollgruppe waren, erhielten weiterhin die übliche Pflege.	Nachweisliche Erkennung psychosozialer Bedenken während der Schwangerschaft (Risikofaktoren der Familie, mütterliche Risikofaktoren, Substanz-Missbrauch und familiäre Gewalt).	Gesundheitsdienstleister der ALPHA Gruppe: Erkennung von 115 psychosozialen Bedenken bei 98 Frauen Gesundheitsdienstleister der Kontrollgruppe: Erkennung von 96 Bedenken bei 129 Frauen (OR: 1,8, 95% CI: 1,1-3,0, p = 0,02). ALPHA-Gruppe: 23von den 115 Bedenken als hoch bewertet; Kontrollgruppe: 7 von 96 Bedenken als hoch bewertet (OR 4,8, 95% CI 1,1-20,2, p = 0,03). Bei Frauen mit Gesundheitsdienstleister der ALPHA-Gruppe war es fast 5-mal so wahrscheinlich, dass sie mit Risikofaktoren der familiären Gewalt identifiziert wurden als bei Frauen mit Gesundheitsdienstleister der Kontrollgruppe. Ob eine Frau als Kind einen Missbrauch erlebt oder Zeuge dessen war (ein Risikofaktor, der mit Kindesmissbrauch und Frauenmissbrauch einhergeht), wurde 7-mal häufiger von Gesundheitsdienstleister mit dem ALPHA-Formular erkannt.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Gesundheitsdienstleister, die das ALPHA-Formular benutzen, erkennen mehr psychosoziale Risikofaktoren, die nachteilige nachgeburtliche Folgen haben können, vor allem hinsichtlich familiärer Gewalt. Es ist ein nützliches pränatales Werkzeug, das Frauen identifiziert, die von zusätzlicher Unterstützung und Interventionsmaßnahmen profitieren würden. Der erhöhte Zeitaufwand für das Ausfüllen der Formulare kann der Grund dafür sein, dass viele Gesundheitsdienstleister in der Interventionsgruppe nicht bis an das Ende der Studie teilgenommen haben. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Mehrheit der teilnehmenden Gesundheitsdienstleister sind Hausärzte (>70%). Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander: in der Interventionsgruppe haben Mütter häufiger einen höheren Bildungsabschluss, sind häufiger verheiratet oder leben mit einem Partner zusammen. Sowohl die Gesundheitsdienstleister als auch die Forscher waren nicht verblindet.

EVIDENZLEVEL 1+		14 Ausfälle (12.5%), 98 in der Analyse inkludiert <u>Kontrollgruppe:</u> Gesundheitsdienstleister (N=30) 3 Ausfälle (10%), 27 in der Analyse inkludiert <u>Patienten</u> (N=141) 12 Ausfälle (8.5%), 129 in der Analyse inkludiert <u>Interventionsgruppe (ALPHA Gruppe)</u> Gesundheitsdienstleister: Geburtshelfer/-innen: 3 (14,3%) Hausärzte/-innen: 16 (76,2%) Hebammen: 2 (9,5%) Alter: Ø 42,3 Jahre der Berufsausübung: Ø 14 <u>Patienten:</u> Alter: Ø 29.1 Jahre alt Verheiratet o. mit Partner lebend: 87,8% Sekundarschulabschluss o. geringerer Schulabschluss: 19,4% Teilnahme o. geplante Teilnahme an vorgeburtlichen Kursen: 36.1%				**STÄRKEN:** Untersucht wird ein Instrument, das designt wurde, um Risikofaktoren bei werdenden Müttern zu identifizieren. **SCHWÄCHEN:** Performance bias möglich: unklar, ob Teilnehmenende verblindet waren. Attrition bias möglich: Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, werden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

		Raucher: 8,2% Kontrollgruppe: Gesundheitsdienst-leister: Geburtshelfer/-innen: 4 (14,8%) Hausärzte/-innen: 20 (74,1%) Hebammen: 3 (11,1%) Alter: Ø 42,3 Jahre der Berufsausübung: Ø 13 Patienten: Alter: Ø 29.4 Jahre alt Verheiratet o. mit Partner lebend: 96,1% Sekundarschulabschluss o. geringerer Schulabschluss: 26,6% Teilnahme o. geplante Teilnahme an vorgeburtlichen Kursen: 37,2% Raucher: 12,4%				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Dennis CL & Dowswell T (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression.	Systematic Review	Es gibt keine Anzahl der gesamten gefundenen Studien. 30 Versuchsstudien erfüllten die Einschlusskriterien, davon hatten 2 Studien keine geeigneten primären Outcomes.	Die Literatursuche erfolgte über das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register. In dem Register befinden sich Versuchsstudien aus: - der monatlichen Recherche des Cochrane Central Register	Primär: Mütterlich • Postnatale Depression (unterschiedlich definiert und gemessen). Sekundär: Mütterlich	Frauen, die eine psychosoziale oder psychologische Intervention erhielten, entwickeln signifikant weniger wahrscheinlich eine postnatale Depression, verglichen mit denen, die Standardpflege erhielten (durchschnittliches RR 0,78, 95% CI: 0,66 - 0,93, 20 Studien, 14,727 Frauen)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* […] Fachliche Hausbesuche, wie intensive Besuche im Entbindungsheim und eine flexible Pflege nach der Geburt durch Hebammen, nachgeburtliche telefonische Unterstützung von Gleichgesinnten oder Laien, und zwischenmenschliche Psychotherapie zeigen

Kanda		28 Artikel wurden in die Analyse inkludiert (16.192 Frauen). Herkunft der inkludierten Studien der systematischen Übersichtsarbeit: • Australien (Armstrong 1999, Austin 2008, Gamble 2005, Gunn 1998, Lumley 2006, Priest 2003, Small 2000, Stamp 1995, Waldenstrom 2000) • England (Brugha 2000, Cupples 2011, Harris 2006, Lavender 1998, MacArthur 2002, Morrell 2000, Reid 2002, Sen 2006) • USA (Feinberg 2008; Gjerdingen 2002;Gorman 1997, Heinicke 1999, Ickovics 2011, Le 2011 Zlotnick 2001, Zlotnick 2006) • China (Gao 2010; Tam 2003) • Kanada (Dennis 2009) • Deutschland (Weidner 2010) Indien (Tripathy 2010 <u>Einschlusskriterien:</u>	of Controlled Trials (CENTRAL); - wöchentliche Recherche von MEDLINE; - wöchentliche Recherchen von EMBASE; - Handsearch von 30 Zeitschriften und Protokolle von Konferenzen; - wöchentliche aktuelle Meldungen für weitere 44 Zeitschriften plus monatliche BioMed Zentrale E-Mail-Benachrichtigungen.	• Müttersterblichkeit und schwere Morbidität einschließlich Selbstverletzung, Selbstmordversuche • Mutter-Kleinkind-Beziehung • Angst • Mütterlicher Stress • Elterliche Belastung (z. B. gemessen mit einem parenting stress index, Abidin 1995) • Mütterlich wahrgenommene soziale Unterstützung. • Mütterliche Unzufriedenheit mit der Behandlung <u>Säugling</u> • Gesundheitsparameter einschließlich Immunisierung oder zufällige/ nicht zufällige Verletzung • Entwicklungsanalyse	Individuelle und gruppenbasierte Interventionen Die Subgruppenanalyse zwischen individuell- und gruppenbasierter Interventionen war für depressive Symptomatik nicht signifikant, durchschnittliche Depressionswerte oder klinische Diagnostik der Depression. Interventionen mit vorgeburtlichen Komponenten, vorgeburtlichen und postnatalen Komponenten und postnatalen Komponenten Es gab keine starke Evidenz für Unterschiede zwischen den Subgruppen. Für depressive Symptomatik, durchschnittliche Depressionswerte oder klinische Diagnostik der Depression gab es Heterogenität zwischen Subgruppen, aber es gab auch beträchtliche Heterogenität in einigen Subgruppen. Interventionen für gefährdete Frauen und Frauen aus der Gesamtbevölkerung Bei Abschluss der Studie gab es keine starke Evidenz für Unterschiede zwischen diesen Subgruppen.	erfolgsversprechende Präventionen für postnatale Depressionen. Nennenswert ist, dass die flexible nachgeburtliche Pflege durch eine Hebamme und die telefonische Unterstützung durch Gleichgesinnte oder Laien mit einem Screening für Depression (EPDS) einhergehen. Interventionsmaßnahmen, die individuell und nachgeburtlich stattfinden, können von Vorteil sein. Interventionsmaßnahmen, die sich Risiko-Mütter als Zielgruppe nehmen, können vorteilhafter und besser umsetzbar sein im Gegenteil zu Interventionen, die Mütter der gesamten Bevölkerung inkludieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Übersichtsarbeit erfüllt alle Kriterien der SIGN Checkliste mit Ausnahme, dass die Suchbegriffe für die Literaturrecherche nicht angegeben sind. Inhaltlich konzentriert sich die Übersichtsarbeit auf postnatale Depression. Ein Ergebnis der Übersichtsarbeit zeigt auch, dass Interventionsmaßnahmen bei Risiko-Zielgruppen eine effektivere Wirkung haben im Vergleich zu allgemeinen Zielgruppen.
EVIDENZLEVEL 1++						**STÄRKEN:** Gut durchgeführte Studie. Ein- und Ausschluss der Evidenz wurde systematisch ausgewählt. **SCHWÄCHEN:** Keine Schwächen anzugeben.

		Schwangere Frauen und erstgebärende (weniger als sechs Wochen nach der Geburt) Mütter, einschließlich derjenigen, die kein bekanntes Risiko und die mit dem Risiko der Entwicklung der postnatalen Depression identifiziert wurden. Alle veröffentlichten, unveröffentlichten und laufenden randomisierten kontrollierten Studien mit präventiven psychosozialen oder psychologischen Interventionen, bei denen das primäre oder sekundäre Ziel eine Verringerung des Risikos der Entwicklung der postnatalen Depression war Jede Form von Standard- oder üblicher Behandlung im Vergleich zu einer Vielzahl von nicht-pharmazeutischen Interventionen, wie z.B. psycho-pädagogischer Strategien, kognitiver Verhaltenstherapie, etc., ausgeführt über Telefon, Heim- oder Klinikbesu-		• Kindesmiss-brauch und/oder Vernachlässigung <u>Familie</u> • eheliche Zwiet-racht		

		che oder Einzel- oder Gruppensitzungen und / oder innerhalb des ersten Monats nach der Geburt durch einen Fachmann (z.B. Krankenschwester, Hebamme, Geburtspädagogin, Arzt, Psychiater, Psychologe) oder Laien (z.B. speziell ausgebildete Frau aus der Gesellschaft) , Student, wissenschaftlicher Mitarbeiter). <u>Ausschlusskriterien:</u> Quasi-randomisierte Studien wurden von der Analyse ausgeschlossen. Versuchsstudien, bei denen mehr als 20% der Teilnehmenden bei Studienbeginn ausgeschlossen wurden, wurden nicht hinzugezogen.				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Easterbrooks, MA et al. (2013). Limiting home visiting effects: maternal depression as a moderator of	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	Jugendliche Mütter (16-20 bei der Geburt) und ihre Erstgeborenen / Kleinkinder (Durchschnittsalter 1 Jahr) wurden rekrutiert.	Intervention Paraprofessional Home Visits (HV) –Hausbesuchs-Maßnahme entwickelt, um (1) Kindesmissbrauch und Vernachlässigung durch die Unterstützung positiver, effektiver Erziehungsstile zu	Gefährdung des Erstgeborenen durch teilnehmende Mütter, erhoben anhand von Daten der Behörden.	Ein beträchtlicher Anteil der Familien hatte Meldungen einer Kindeswohlgefährdung (30% der Stichprobe) und mütterliche Depression (38% hatten klinisch signifikante Symptome): Kindermisshandlung: 30% (N = 204)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Angesichts der beträchtlichen Neuinvestitionen in Hausbesuch-Maßnahmen in den Vereinigten Staaten, ist die Aufmerksamkeit von Forschern, Praktikern und Entscheidungsträgern erforderlich, um die

child maltreatment USA		Eine Stichprobe von 837 Müttern wurde rekrutiert; 707 (84%) nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmenden haben Interviews zu 3 Zeitpunkten abgeschlossen: Einschreibung (Zeit 1 [T1]), 12 Monate nach Einschreibung (Zeit 2 [T2]) und 24 Monate nach Einschreibung (Zeit 3 [T3]). Die für diesen Artikel verwendeten Maßnahmen wurden bei T1 und T2 verabreicht. Interventionsgruppe (N=517) Alter: Ø 18,69 Jahre Beziehungsstatus Single: 34,1% Beziehungsstatus Dating: 24,7% Beziehungsstatus Vergeben: 41,2% Alleinlebend mit dem Kind: 10,6% Mit anderen lebend: 89,4% Mutter Sozialhilfeempfänger: 60,1% Mutter berufstätig: 26,5% Vater finanziell unter-	verhindern; (2) optimale Gesundheit, das Wachstums und die Entwicklung im Kleinkindalter und in der frühen Kindheit zu fördern; (3) Bildungserfolge, die Arbeits- und Lebenskompetenz der Eltern zu fördern; (4) Wiederholungsschwangerschaften während der Teenagerjahre zu verhindern; und (5) die elterliche Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu fördern. Kontrollgruppe Lediglich das Bereitstellen von Ressourcen und Informationen (RIO).	Verschiedene Misshandlungsformen: körperlichen Missbrauch, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Drogenentzugs-syndrom und emotionale Misshandlung. Meldungen über die Vorwürfe der kindlichen Misshandlung wurden von dem DCF erhalten und enthielten Informationen über die Art der Kindeswohlgefährdung (z. B. Misshandlungsform, bestätigt oder nicht), der Täter (z.B. Mutter als Täter oder andere Person als Täter), und die Zeit der Meldung. Messung depressive Symptomatik durch die Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Skala.	der Kinder hatten eine DCF-Meldung für eine Kindeswohlgefährdung; bei der Mehrheit der Kinder wurde die Mutter in mindestens einer Meldung (81%) als Täter identifiziert. ~ 71% (N = 145) der Berichte wurden durch die DCF bestätigt. Hauptkategorie: Vernachlässigung. Von 204 Gesamtmeldungen waren 84% Vernachlässigungen, und von den 145 bestätigten Fällen waren 95% Vernachlässigung. Depressive Symptomatik der Mutter: Bei T1 hatten 38% (N = 253) der Mütter Messwerte, die den klinischen Grenzpunkt überschreiten. Bei Mütter in der Interventionsgruppe ohne eine Symptomatik war eine Kindesohlgefährdungs-Meldung weniger wahrscheinlich, im Vergleich zu Müttern in der Interventionsgruppe, die klinische Messungen depressiver Symptome zeigten.	mütterliche Depression im Kontext von Hausbesuch-Maßnahmen zu thematisieren, und so die Wirksamkeit der Interventionsmaßnahme zu erhöhen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in zwei Punkten: in der Interventionsgruppe waren mehr lateinamerikanische Mütter und in der Kontrollgruppe waren mehr weiße Mütter. Die Studie basiert auf einen longitudinalen RCT, auf den allerdings nur unzureichend hingewiesen wird. Auch in der Methode fehlen manche Informationen (z.B. Zuteilung der Studienteilnehmer, Studienpopulation, Intention-to-treat Analyse).
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Die Anzahl der Teilnehmenden ist hoch. **SCHWÄCHEN:** Detection bias möglich: unklar, ob die Intervention der einzige Unterschied zwischen den Gruppen ist. Attrition bias möglich: Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, werden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

		stützend: 59,9% Keine finanziellen Probleme: 11,3% Wenige finanzielle Probleme: 25,6% Einige finanzielle Probleme: 51,5% Große finanzielle Probleme: 11,6% Kontrollgruppe (N=320) Alter: Ø 18,78 Jahre Beziehungsstatus Single: 34,1% Beziehungsstatus Dating: 26,2% Beziehungsstatus Vergeben: 39,7% Alleinlebend mit dem Kind: 7,4% Mit anderen lebend: 92,6% Mutter Sozialhilfeempfänger: 55,3% Mutter berufstätig: 28,7% Vater finanziell unterstützend: 54,9% Keine finanziellen Probleme: 12,6% Wenige finanzielle Probleme: 21,9% Einige finanzielle Probleme: 47,0% Große finanzielle Probleme: 17,7%				

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Fergusson DM et al. (2013). Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial. Neuseeland	Randomisierte Kontrolls-tudie (RCT)	4512 wurden auf Basis eines Screenings rekrutiert, wovon 588 Familien für die Studie geeignet waren. 443 Familien stimmten einer Teilnahme zu und wurden randomisiert entweder der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt: Early Start Intervention: Baseline N = 220 Nach 9 Jahren follow-up: 16% drop out <u>Kontrollgruppe:</u> Baseline N = 223 Nach 9 Jahren follow-up 11% drop out <u>Interventionsgruppe:</u> Mütterliche Faktoren Alter: Ø 24,6 Jahre Maori: 24,8% Geringer Bildungsabschluss: 70,6% Konflikt mit den Eltern /Übergriffe in der Kindheit: 50,5% Kindeswohlgefährdung	Screening: Plunket Community Krankenschwestern haben alle neuen Patienten mit einem 11-Punkte-Screening untersucht. Dieses Screening umfasste eine Reihe von Risikofaktoren, einschließlich Alter der Eltern, soziale Unterstützung, Planung der Schwangerschaft, elterlicher Substanz-Missbrauch, finanzielle Situation und familiäre Gewalt. Familie, die 2 oder mehr Risikofaktoren aufweisen oder bei ernsten Bedenken, dass die Familie für das Kind nicht sorgen kann, wurde die Familie weiterüberwiesen. [Plunket Krankenschwestern sind Krankenschwestern, die Familien innerhalb von 3 Monaten nach der Geburt eines Kindes besuchen, um Gesundheit und Eltern Unterstützung zu bieten] Intervention: Early Start benutzt ein soziales Lernmodell für die Hausbesuchs-Maßnahme: (1) Bewertung der Familienbedürfnisse, Fragen, Herausforderungen, Stärken und Ressour-	Kind • Krankenhausaufenthalt für unbeabsichtigte Verletzungen (durch Klinikaufzeichnungen) • Bestrafung/ elterliche Verwendung der körperlichen Bestrafung – (Eltern-Kind-Konflikt-Taktik-Skala) • Erzieherische Kompetenz (parenting scale) • Verhalten des Kindes (Bericht der Eltern- und Lehrer: Fragebogen zu Stärken und Schwierigkeiten des Kindes) Familie • Depression der Mutter (Composite International Diagnostic Inventory) • Substanzgebrauch (Rauchen)	Kind Im Vergleich zu der Kontrollgruppe, gab es vorteilige Ergebnisse für Kinder aus der Interventionsgruppe: 1. Krankenhausaufenthalte (28,3%), waren um 33% niedriger; 2. Bestrafungen (9,8%) waren 50% niedriger; 3. körperliche Bestrafung waren weniger; 4. Erzieherische Kompetenz-Werte (10.13) waren um 0,25 SDs höher; 5. Werte für abweichendes Verhalten waren niedriger Eine multivariate Regressionsanalyse der 5 Ergebnisse zeigte, dass es einen statistisch signifikanten Gesamteffekt gab, X25 = 22,56, P <0,001. Familie Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Ein wichtiges Ergebnis ist die Erfolgslosigkeit der Early Start Interventionsmaßnahme in Bezug auf das Ändern von elterlichen Verhalten und familiären Umständen. Unter idealen Umständen sollten Hausbesuch-Teams Teil von integrierten Organisationen von Ärzten, Pädagogen und Psychologen sein, die eingegliederte Systeme der Betreuung und Unterstützung für Familien mit multiplen Benachteiligungen bieten. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Es gibt mehr Teilnehmerausfälle in der Interventions- als in der Kontrollgruppe. Die Intervention wurde durch qualifizierte Krankenschwestern/-pflegern oder Sozialarbeitern/-innen ausgeführt, die ein 5-wöchentliches Training über die Intervention absolvierten. Alle Familien bekamen ab Studienbeginn einen zweistündigen Hausbesuch pro Woche, der sich an die Bedürfnisse der Familien über die Zeit anpasste.
Evidenzlevel 1+						**Stärken:** Gute Vorbereitung der Intervention. Große Studienpopulation. **Schwächen:** Performance bias mög-

		in der Kindheit: 44,7% Übergriffe durch den aktuellen Partner: 35% <u>Familiäre Faktoren:</u> Alleinerziehend: 64,6% Ungeplante Schwangerschaft: 80,1% Sozialhilfeempfänger: 88,4% <u>Kontrollgruppe:</u> Mütterliche Faktoren Alter: Ø 24,4 Jahre Maori: 26,7% Geringer Bildungsabschluss: 69,9% Konflikt mit den Eltern /Übergriffe in der Kindheit: 57% Kindeswohlgefährdung in der Kindheit: 41,6% Übergriffe durch den aktuellen Partner: 25,6% <u>Familiäre Faktoren:</u> Alleinerziehend: 63.8% Ungeplante Schwangerschaft: 82,3% Sozialhilfeempfänger: 90,1%	cen; (2) Entwicklung einer positiven Partnerschaft zwischen dem Familienbetreuer und dem Teilnehmenden; (3) gemeinschaftliche Problemlösung, um Lösungen für familiäre Herausforderungen zu entwickeln; (4) Bereitstellung von Unterstützung, Mentoring und Beratung, um Familien zu unterstützen, ihre Stärken und Ressourcen zu mobilisieren; (5) Einbindung in der Familie während des Vorschuljahres des Kindes. Familienbetreuer (Family Social Workers) besuchten die Familien zu Hause. Alle FSWs hatten Pflege- oder Sozialarbeitsqualifikationen und besuchten ein 5-wöchiges Trainingsprogramm. Etwa 50% der FSWs waren qualifizierte Krankenschwestern/-pfleger. **Kontrollgruppe:** Familien wurden kontaktiert und eingeladen, teilzunehmen, und bekamen NZD $ 50 pro Interview.	• Alkoholprobleme (Composite International Diagnostic Inventory) • Illegaler Drogenkonsum • Familiäre Gewalt/Gewalt in der Partnerschaft (überarbeitete Konflikttaktik Skala) • Finanzielle Verhältnisse • Familienlebensstress - Holmes und Rahe Social Adjustjustment Rating Skala • Family economic circumstances Stress im Familienleben (Holmes and Rahe Social Readjustment rating scale)		lich:unbekannt, ob Teilnehmende verblindet wurden. Die Intervention ist nicht der einzige Unterschied zwischen den Gruppen.

Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Fisch S et al.	Kohorten-	Im Beobachtungs-	Der Babylotse-Plus-	Evaluation der	Positive Likelihood Ratio: 1,5	*Schlussfolgerung der Autorin-*

(2016). Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité Deutschland	studie	zeitraum wurden 2344 (82,2%) von 2850 Geburten vom 1.1.2013 bis 31.8.2013 mit dem Screeningbogen erfasst. Bei 1116 Familien(47,6%) wurde ein auffälliger Score≥3 ermittelt. Für die Mehrzahl dieser Familien lag jedoch mindestens ein Ausschlussgrund vor, sodass nur 215 Familien in die vorliegenden Analysen eingeschlossen werden konnten. Von den 1228 Familien mit unauffälligem Score (<3) wurden aus Gründen der Ressourcenknappheit 64 zufällig ausgewählt. Scorewert ≥3: Alter: Ø 28,7 Jahre Alleinerziehend: 17,4% Arbeitslos: 65,9% Rauchen in d. Schwangerschaft: 35,8% Anzahl d. Vorsorgeuntersuchungen: Ø 8,8 Geburtsgewicht: Ø 3131,8g Scorewert <3:	Screeningbogen mit 27 Items wurde bei der Aufnahme der Schwangeren von den Hebammen, pflegerischem oder ärztlichem Personal der Geburtskliniken mit Informationen aus Anamnese und Mutterpass ausgefüllt. Die einzelnen Risikoindikatoren wurden mit 1–4 Punkten bewertet, der Gesamtsummenscore reichte von 0 (kein Risiko) bis 65 (höchstes Risiko). Als „auffälliges“ Ergebnis im Screening wurden Scorewerte ≥3 im Sinne eines psychosozialen Risikos gewertet. Mit Familien mit einem Wert <3 (N= 64) und Familien mit einem Wert >3 (N= 215) wurde ein1-stündiges, diagnostisches Interview durchgeführt.	diagnostischen Genauigkeit des Screeningbogen Babylotse-Plus zur Erfassung von Risikoindikatoren bei Familien mit Neugeborenen	(schwach): bedeutet, dass eine unterstützungsbedürftige Familie nur mit einer 1,5-fach höheren Wahrscheinlichkeit ein positives Testergebnis bekommen würde gegenüber einer Familie ohne Unterstützungsbedarf. Negativen Likelihood Ratio: 0,03 (exzellent): bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit einer Familie mit Unterstützungsbedarf, ein unauffälliges Testergebnis zu bekommen, 33-mal geringer ist als die Wahrscheinlichkeit einer Familie ohne Unterstützungsbedarf, ein unauffälliges Testergebnis zu bekommen. D.h. ein negatives, also unauffälliges Testergebnis mit einem Score <3 ist ein sehr zuverlässiger Indikator dafür, dass eine Familie keinen Unterstützungsbedarf hatte. Sensitivität: 98,9% (Anteil richtig Positiver) Spezifität: 33,0% (Anteil richtig Negativer)	*nen/Autoren der Studie:* Mit dem Babylotse-Plus-Screeningbogen gelang es zuverlässig, unterstützungsbedürftige Familien zu identifizieren und ihnen den Zugang zu Einrichtungen Früher Hilfen zu eröffnen. Da das Screeninginstrument jedoch auch eine hohe Zahl falsch positiv anzeigte, sollte das intensive Elterninterview weiterhin ergänzend bei allen im Screening auffälligen Familien durchgeführt werden, um die Notwendigkeit eines tatsächlichen Unterstützungsbedarfs abschließend zu klären. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Der Expositionsstatus wurde anhand eines Scores festgelegt (<3 = auffällig). Die Studie verweist darauf, dass Familien, die dem Sozialdienst bereits bekannt sind, oder Familien mit unzureichenden Sprachkenntnissen ausgeschlossen wurden. Des Weiteren wurde die Validität des Referenzinterviews noch nicht untersucht, sondern gilt als bestmöglicher Referenzstandard. Der von uns kalkulierte positive prädiktive Vorhersagewert liegt bei 40,47% (95% CI: 38,03% - 49,4%) und der negative prädiktive Vorhersagewert liegt bei 98,44% (95% CI: 89,99% - 99,78%), dies sind Indikatoren für ein gutes Screeninginstrument. Die Spezifität ist gering und birgt dadurch die Gefahr, Familien zu beschuldigen, die ihr Kind nicht gefährden.

EVIDENZLEVEL 2+		Alter: Ø 31,7 Jahre Alleinerziehend: 7,8% Arbeitslos: 15,6% Rauchen in d. Schwangerschaft: 3,1% Anzahl d. Vorsorgeuntersuchungen: Ø 10 Geburtsgewicht: Ø 3274,8g				**STÄRKEN:** Die Studie untersucht den Babylotse-Plus Screeningbogen in Deutschland, und bietet eine besser Grundlage für eine Generalisierung der Ergebnisse. **SCHWÄCHEN: PERFORMANCE BIAS:** Attrition bias möglich: unbekannt,ob Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, bei der Analyse berücksichtigt wurden. Detection bias möglich: Auswertung d. Daten nicht verblindet. Confounding: die wesentlichen Störfaktoren wurden nicht identifiziert und in die Analyse mit aufgenommen.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Fraser JA et al. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. Australien	Randomisierte Kontroll-studie RCT	Ein erstes Risikoranking selektierte 39,1% (N = 181) der eingewilligten Teilnehmerinnen und randomisierte diese in Interventions- (n = 90) oder Kontrollgruppe (n = 91). <u>Screening:</u> 4 Faktoren des 1. Risikorankings: (A) alleiniges Sorgerecht; (B) Zwiespältigkeit in der Schwangerschaft (Gewünschter Schwangerschafts-	Hausbesuch-Intervention (1) Aufbauen eines Vertrauensverhältnis zwischen den professionellen Hausbesuchern und der Familie; (2) Förderung der Mutter-Kleinkind Beziehung; (3) Verbesserung der elterlichen Annahme von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen; (4) Förderung positiver Erziehungspraktiken; (5) Reduzierung des elterlichen Stresses Verbesserung der mütterlichen Stimmung; (6) Potential für eine Kindeswohlgefährdung reduzieren und (7) Förderung der	Eltern und Familie <u>Depression:</u> (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)) nachgeburtlich ausgefüllt durch die Eltern <u>Stresserfahrung der Eltern:</u> (Parenting Stress Index (PSI)) -EPDS & PSI Messungen unmittelbar nachgeburtlich	Depression – pos. Effekte für Erstgebärende nach 6 Wochen, aber nicht nach 12 Monaten beobachtet. Erstgebärende der Interventionsgruppe zeigten sign. Weniger Symptome einer postnatalen Depression nach 6 Wochen im Vergleich zu der Baseline Messung. Bei der Kontrollgruppe waren keine Unterschiede erkennbar. Stress der Eltern – Es gab keine sign. Effekte. Allerdings wurden signifikante Effekte gezeigt, als in der Analyse für Parität kontrolliert wurde.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die Interventionsmaßnahmen wurden entsprechend individuellen Bedürfnissen angeboten und umgesetzt, aber eines der zentralen Ziele der Interventionsmaßnahme war die Verbesserung der Nutzung von Gemeinde- und Nachbarschafts-Unterstützungs-Systemen. Erstgebärende in der Interventionsgruppe zeigten einen Rückgang der EPDS-Werte und berichteten deutlich weniger Symptome der postnatalen Depression nach 6 Wochen im Vergleich zu den Ausgangswerten. Die Ergebnisse stützen nicht die Hypothese,

		abbruch, keine vorgeburtliche Betreuung); (C) physische Formen der häuslichen Gewalt; und (D) Kindeswohlgefährdung beider Elternteile. → Frauen mit einem oder mehreren der vier Risikofaktoren wurden für die Studie ausgewählt. 9 Risikofaktoren der 2. Risikobefragung: (A) Mutter unter 18 Jahren; (B) instabile Wohnsituation (3 oder mehr Umzüge in 2 Jahren, Obdachlosigkeit); (C) finanzieller Stress (Sorge um genügend Nahrung); (D), 10-jährige Bildung d. Mutter; (E) niedriges Familieneinkommen (< $ 16000 pro Jahr); (F) soziale Isolation; (G) zurückliegende psychische Störung (eines Elternteils); (H) Alkohol- oder Drogenmissbrauch; und (I) häusliche Gewalt außer körperlichen Missbrauch. → Teilnehmende mit 3 oder mehr der Risikofaktoren wurden ebenfalls aus-	Nutzung von Gemeinschafts- und Nachbarschaftsunterstützungs-systemen zur Unterstützung von Familien - wöchentliche Besuche von einer Krankenpflegerin/er bis das Kind 6 Wochen alt ist - zweiwöchentliche Besuche bis das Kind 3 Monate alt ist, -monatliche Besuche bis zum Alter von 12 Monaten. **Kontrollgruppe:** Bereitstellung von Informationen über gemeinschaftliche Kindergesundheitsdienste als Teil der Routineentlassung im Krankenhaus. Die Standartversorgung enthält die Möglichkeit für einen freiwilligen Hausbesuch von der örtlichen Kinderkrankenschwester für Familien mit spezifischen Problemen vorerst Kind bezogene Probleme.	(baseline), vor dem Programmbeginn und wiederholt im Säuglingsalter von 6 Wochen und 12 Monate. <u>Risiko Kindeswohlgefährdung:</u> Kindeswohlgefährdung: Child Abuse Potential Inventory (CAPI): Messungen unmittelbar nachgeburtlich (baseline), nach 7und 18 Monaten. <u>Häusliche Umgebung:</u> Semi-strukturierte Beobachtungs- / Interview-Version (HOME): misst inwieweit entwicklungsspezifischen Simulationen für das Kind gegeben sind und wie die Gesamtqualität der häuslichen Umgebung ist. - Messung im Säuglingsalter von 6 Wochen und 12 Monate.	Risiko Kindeswohlgefährdung - Die Werte der CAPI-Skala unterschieden sich nach 7 Monaten signifikant von den Werten die unmittelbar nachgeburtlich (Baseline) gemessen wurden ($t(77) = 3.16$, $p < .03$). In der Interventionsgruppe sind diese Werte, im Vergleich zu der Kontrollgruppe, signifikant gesunken.	dass die Interventionsmaßnahme (Hausbesuche), im Vergleich zu keiner Interventionsmaßnahme oder einer Klinik-basierten Intervention, dazu führt, dass das Potential für eine Kindeswohlgefährdung sinkt. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Effektgrößen für eine zurückliegende postnatale Depression, vorherige psychiatrische Erkrankungen des Partners, Aborigine oder Torres Strait Einheimische und häusliche Gewalt sind sehr klein und haben bei der Einbeziehung in die Analysen keine späteren Auswirkungen auf das Ergebnis. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine Interventionsdauer von insgesamt 12 Monaten, es erfolgte keine weitere Follow-up der Studienteilnehmer.
EVIDENZLEVEL 1-						**STÄRKEN:** Relativ lange Untersuchungszeit im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes. **SCHWÄCHEN:** Performance bias möglich: Einige Ausgangswerte (baseline) sind unterschiedlich in der Interventions- und Kontrollgruppe verteilt: in der Interventionsgruppe sind mehr Erstgebärende, mehr einheimische Australier, und weniger Mütter mit zurückliegender postnataler Depression, weniger Mütter berichteten von vorherigen psychiatrischen Erkrankungen des

		gewählt. <u>Interventionsgruppe:</u> Alter: Ø 25,7 Jahre Erstgebärend: 54,4% Alleiniges Sorgerecht: 42,5% Indigener Australier: 9% Niedriger Bildungsabschluss (kleiner gleich 10 Jahre): 16,7% Keine Sozialhilfe: 7% Gewünschter Schwangerschafts-abbruch: 11,2% Psychische Erkrankung: 22,5% Psychische Erkrankung d. Partners: 2,5% Zurückliegende postnatalen Depression: 11,1% Körperliche häusliche Gewalt: 2,4% <u>Kontrollgruppe:</u> Alter: Ø 26.7 Jahre Erstgebärend: 33% Alleiniges Sorgerecht: 37,8% Indigener Australier: 2% Niedriger Bildungsabschluss (kleiner gleich 10 Jahre): 26,4% Keine Sozialhilfe: 9,1% Gewünschter Schwangerschafts-abbruch: 11%		Gesundheit des Kindes: 12-monatiger Kindergesundheits-fragebogen: was wissen die Eltern über präventive Kinderbetreuung und wie setzen sie es um?		Partners, weniger körperliche häusliche Gewalt, und weniger Teilnehmer erreichten einen hohen Wert auf der Child Abuse Potential Skala.

		Psychische Erkrankung: 27,5% Psychische Erkrankung d. Partners: 14,1% Zurückliegende postnatalen Depression: 27,5% Körperliche häusliche Gewalt: 9,8%				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Green BL et al. (2014). Results from a randomized trial of the Healthy Families Oregon accredited statewide program: Early program impacts on parenting. USA	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	Von 35 Healthy Families Oregon (HFO) Programmen [umfangreiches Hausbesuchsprogramm, das Erstgebärende mit 2 oder mehr identifizierten Risikofaktoren Unterstützung bietet] wurden 7 für die Rekrutierung von Studienteilnehmern bei der Studie involviert. Im Rahmen der 7 HFO Programme wurden alle Erstgebärenden in Krankenhäuser oder Kliniken gefragt, an der Studie teilzunehmen und für ein Verlaufs-Interview kontaktiert zu werden. Einschlusskriterien: Voraussetzungen für die Risikoeinschätzung mit	Screening: NBQ: erfasst Risiken wie bspw. Teenie Schwangerschaft, späte vorgeburtliche Betreuung, Alleinerziehende Mütter, Depression, niedriger Bildungsstand, Drogenmissbrauch, Arbeitslosigkeit, finanzieller Druck. → bei 2 positiven Antworten, oder Drogenmissbrauch oder depressiven Anzeichen wurden Eltern als „förderungswürdig“ an die HFO-Intervention überwiesen. <u>Intervention:</u> Healthy Families, Oregon (HFO): 3 Programm-Aktivitäten, die langfristige Wirkungen auf Folgen einer reduzierten Kindeswohlgefährdung und verbesserte Schulfähigkeit erzielen sollen. 1) Schulung der Eltern, Coaching	- Servicenutzung - Stillverhalten - Familien- und elterliches Wohlbefinden: Familienfunktion, Stress d. Eltern (Parenting Stress Index, PSI), depressive Symptomatik (Schwangerschaft Risikobewertung Monitoring-Systeme) - Erhalt eines Entwicklungs-Screenings - Entwicklungsstatus des Kindes - Einstellungen der Eltern zu körperlicher Bestrafung (Adult Adolescent Parenting Inventory, Corporal Punishment Subsca-	Stress/elterliches Wohlbefinden: - Familien mit 2 oder weniger Risikofaktoren: keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe - mäßig bis hoch Risikofamilien: Signifikant geringere Stresslevel depressive Symptomatologie: - Familien mit 2 oder weniger Risikofaktoren: keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe - mäßig bis hoch Risikofamilien: Signifikant weniger depressive Symptomatologie in der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe Einstellung ggü. körperlicher Bestrafung: - unabhängig vom Risikofaktor ist es bei Eltern in der Interventionsgruppe weniger wahrscheinlich, dass sie ihr Kind körperlich bestrafen im Ver-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die Endpunkte (outcomes) sind Selbstbeurteilungen der Eltern. Die Healthy-Oregon Family Intervention dient nur Erstgebärenden Müttern und ihrer Familie; so können diese Ergebnisse nicht für Familien mit mehr als einem Kind generalisiert werden. Wir fanden keine differenziellen Wirkungen der Intervention für Teenie-Mütter, für Mütter, die sich nachgeburtlich eingeschrieben haben, oder für Mütter mit beiden Faktoren. Die Effektgrößen für die Selbstbeurteilungen der Eltern waren klein. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe gab es mehr innerfamiliäre Beziehungsprobleme im Vergleich zu Teilnehmenden in der Kontrollgruppe ($X2$ (1, n = 799) = 4.02, p = .045). Die Ergebnisse zeigen, dass Interventionsmaßnahmen auf die Bedürfnisse der

		den New Baby Questionnaire (NBQ) erfüllen, erstgebärend, Neugeborene jünger als 3 Monate. 2664 Familien wurden erfasst, für das Verlaufs-Interview wurden davon 1604 Familien willkürlich selektiert mit dem Ziel 800 Verlaufs-Interviews vollständig durchführen zu können. 803 Mütter schlossen das Verlaufs-Interview per Telefon vollständig ab (N=402 in der HFO Gruppe; N=401 in der Kontrollgruppe). Alter d. Mutter: Ø 22,5 Jahre Mutter (<20 Jahre): 31% Mutter (<18 Jahre): 11% Single: 80% Späte vorgeburtliche Betreuung: 27% Beide Eltern arbeitslos: 32% Schwierigkeiten in der Beziehung: 20% Depression: 20% Drogenmissbrauch: 3% 2 oder weniger Risiko-	und Modellierung, um das Wissen und die Fähigkeiten der Eltern zur kindlichen Entwicklung zu verbessern. 2) Hausbesuche zur Identifizierung von individuellen Bedürfnissen der Familie, die die kindliche Entwicklung und die Erziehung einschränken könnten. 3) Hausbesuche zur Unterstützung einer gesunden Entwicklung des Kindes durch die Förderung des Stillens, Durchführung regelmäßiger Entwicklungs-Screenings und durch die Verbindung von Familien mit präventivem Gesundheitsdienstleistern. <u>Kontrollgruppe:</u> Familien bekamen ein Standard-Ressourcen- und Informationspaket zugeschickt, das allen berechtigten Familien zur Verfügung gestellt wird, die nicht von HFO versorgt werden können.	le), Häufigkeit positiver Eltern-Kind-Interaktionen, Häufigkeit des Vorlesens. Die Informationen wurden durch das Verlaufs-Interview per Telefon, ca. 1 Jahr nach Einschreibung in der Studie, erfasst.	gleich zu der Kontrollgruppe; am größten war der pos. Effekt bei Hochrisikofamilien.	Mütter / Eltern, die durch das Screening (z. B. depressiver Symptome) identifiziert werden, zugeschnitten werden. Außerdem sollten sich die Interventionsmaßnahmen mäßig bis hoch Risikofamilien als Zielgruppe nehmen. Mängel in der Methodik beziehen sich auf eine fehlende Concealment Method, Unterschiede in den Anfangswerten (s.o.) und keine Angaben zu einer Intention-To-Treat Analyse.
EVIDENZLEVEL 1-						**STÄRKEN:** Reklativ große Studienpopulation **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Zuweisungsmethode für die Einordnung in Interventions- und Kontrollgruppe nicht randomisiert. Performance bias möglich: Baseline Unterschiede liegen vor. Attrition bias möglich: unbekannt,ob Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, bei der Analyse berücksichtigt wurden.

		faktoren zu Beginn (baseline): 40% 3 Risikofaktoren zu Beginn (baseline): 48% 4 oder mehr Risikofaktoren zu Beginn (baseline): 12%				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Grietens H, Geeraert L & Hellinckx W (2004). A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. Belgien	Beobachtungsstudie (Reliability Study)	Aus der gesamten Anzahl der Gesundheitspfleger (Social Nurses) wurden 40 Gesunheitspfleger (Social Nurses) willkürlich selektiert. Während der 3-monatigen Anmeldefrist pflegten 40 Gesunheitspfleger (Social Nurses) 903 Mütter mit ihren Neugeborenen. 391 (43,3%) Mütter aus dieser Stichprobe füllten Fragebögen vollständig aus und wurden somit in die Studie inkludiert. <u>Nicht gefährdende Eltern (N=373):</u> Alter d. Mutter: Ø 29,77 Jahre Schwangerschaftsdauer: Ø 39,07 Wochen Geburtsgewicht: Ø	Ausbildungsprogramm für Krankenschwestern/-pflegern: (1) die Bereitstellung von Informationen über gestörte Erziehung und Kindermisshandlung, (2) die Präsentation der Skala items und (3) Training für den Gebrauch der Skala (Interview- und Beobachtungsfähigkeiten, Besprechung von Fallvignetten) Ziel des Trainings war es, die Anwendung der Skala zu üben und die Übereinstimmung zwischen den Beurteilern zu erhöhen. (4) Feedback über die klinische Nützlichkeit der Skala seitens der Krankenschwestern/-pflegern. Identifizierung gefährdender Mütter - Mütter wurden durch multidisziplinäre vertrauliche	Übereinstimmung zwischen den Beurteilern über das Ergebnis der Skala nach einem Gebrauch während eines Hausbesuches Reliabilität und Validität der 71-items um gefährdende von nicht gefährdenden Familien zu unterscheiden.	Von 71 items wurden 24 items entfernt, weil sie zu selten vorkamen (Prävalenz unter 5%). Die Werte für die restlichen 47 items wurden zwischen gefährdenden Familien und nicht gefährdenden Familien vergleich. 20 items konnten signifikant die Wahrscheinlichkeit, um als gefährdende Familien klassifiziert zu werden, repräsentieren (Odds ratios zwischen 1.84 und 6.49). Anschließend wurden die Trennschärfe (discriminatory power) der 20 items getestet: bis auf ein item, unterschieden alle übrigen items signifikant gefährdende und nicht-gefährdende Familien. Hohe interne Validität (alpha = 0.92) hohe interne Reliabilität (alle items r = 0.97).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die Entwicklung von benutzerfreundlichen und evidenzbasierten Risikobewertungsverfahren ist ein erster, aber entscheidender Schritt in der Vorbereitung erfolgreicher Interventionen in Risikogruppen und die erfolgreiche Planung präventiver Maßnahmen (Baartman, 1996, Milner et al., 1998, Wald & Woolverton, 1990). Die Umsetzung dieser Verfahren bietet viele Möglichkeiten zur Verbesserung der Professionalität aller Beteiligten, um eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Identifizierung von gefährdenden Familien durch ein Experten -Team hätte näher erläutert werden können (welche Maßstäbe werden gebraucht? Welche Anhaltspunkte sind entscheidend?). Für eine klarere Identifizierung wären weitere Referenzdaten (z.B. 8a Meldungen) wünschenswert gewesen.

		3,15kg Soziale Benachteiligung: Ø 0.12 In 2% (n=18) der Familien wurde Vernachlässigung/Misshandlung identifiziert. <u>Gefährdende Eltern (N=18):</u> Alter d. Mutter: Ø 29,46 Jahre Schwangerschaftsdauer: Ø 36,56 Wochen Geburtsgewicht: Ø 2,55kg Soziale Benachteiligung: Ø 1,50	Ärzte-Teams unter der Schirmherrschaft von der Kind & Familien Behörde als gefährdend (abusive or neglectful) diagnostiziert. Vertrauliche Ärzte-Teams bestehen aus einem Kinderpsychiater oder Kinderarzt, einem Kinderpsychologen oder Pädagogen und Sozialarbeitern. Sie melden Berichte über Kindeswohlgefährdungen, untersuchen berichtete Fälle und bieten Behandlungen.			Die Studie konzentriert sich lediglich auf die Mütter, wovon 18 gefährdende Mütter identifiziert werden. Dies bildet eine kleine Stichprobe für die Messung der Skala.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Klar definierte Outcomes. **SCHWÄCHEN:** SELECTION BIAS MÖGLICH: Unklar, ob Stichproben aus verschiedenen Zentren rekrutiert wurden.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
McFarlane E et al. (2013). Maternal relationship security as a moderator of home visiting impacts on maternal psychosocial functioning. USA, Hawaii	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	1.520 von 1.803 Risiko-Familien wurden als geeignete Studienteilnehmer selektiert. 897 Mütter, die an dem Healthy Start Programm (HSP) teilnehmen konnten und willkürlich zugewiesen werden konnten, wurden identifiziert. Von den 897 Müttern lehnten 163 die Stu-	Intervention: Hawaii Healthy Start Programm (HSP) Teilnehmende Familien werden zuhause wöchentlich besucht. Der Besuch beruht auf freiwilliger Basis und soll 3 bis 5 Jahre andauern mit einer sinkenden Häufigkeit der Besuche wenn sich die Umstände in der Familie verbessern. Die Zielgruppe der Intervention sind Risikofamilien mit einem	<u>Beziehungsangst und –vermeidung:</u> Attachment Style Fragebogen (ASQ) <u>Mütterliche psychische Gesundheit:</u> Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) und Mental Health Index 5-Item Short Form (MHI-5).	Insgesamt gab es wenig Hinweise auf kurz- oder langfristige Auswirkungen der Intervention auf das mütterliche psychosoziale Funktionieren. Allgemeine Gesamtauswirkungen auf die Outcomes waren nicht signifikant zum Zeitpunkt des 7. und 9. Lebensjahres des Kindes. Die Bindungssicherheit der Mutter hat kurzfristige Auswirkungen: bei bindungssicheren Müttern in der Interventionsgruppe gab es einen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Familien, für die das Healthy Start Programm und ähnliche Interventionsmaßnahmen von Vorteil wären, zeigen multiple Risiken für einen ungünstigen Erziehungsstil, in Bezug auf ihre spezifischen Bedürfnisse, Risiken und Stärken sind sie jedoch unterschiedlich. Die Bindungssicherheit(attachment security) der Mutter scheint ein wichtiger Faktor für die Einbindung in der Interventionsmaßnahme und die daraus resultierenden Vorteile zu sein.

		dienteilnahme ab. Die übrigen 730 (81%) Mütter wurden in HSP und Kontrollgruppen randomisiert. Intervention (N=395): Baseline Messung vollständig: 373 Verlaufsuntersuchung in der frühen Kindheit: 326 Verlaufsuntersuchung in der Schulzeit: 282 Kontrollgruppe (N=290): Baseline Messung vollständig: 270 Verlaufsuntersuchung in der frühen Kindheit: 224 Verlaufsuntersuchung in der Schulzeit: 185 <u>Screening:</u> Familienstress Checkliste, Baseline Interview mit der Mutter im Krankenhaus vor der Entlassung oder zuhause innerhalb eines Monats nach der Geburt <u>Interventionsgruppe:</u> Alter: Ø 23,6 Jahre Teenie Mütter: 30% Haushaltseinkommen unter d. Armutsgrenze: 64%	Neugeborenen, die durch ein Bevölkerungsscreening und die Bewertung von Stress durch die Family Stress Checkliste identifiziert wurden. Hausbesucher sind geschulte Fachkräfte unter professioneller Betreuung. Insgesamt 6 HSP-Programmstandorte auf Oahu, Hawaii mit insgesamt 54 Hausbesuchern erbrachten Dienstleistungen für Familien. Kontrollgruppe: Informationen fehlen.	<u>Stress d. Eltern</u>: Die Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF). <u>Substanz-Missbrauch</u>: CAGE und Addiction Severity Index (ASI) Gewalt in d. Partnerschaft: überarbeitete Konflikttaktik-Skala (CTS2; Straus 2007).	deutlichen Rückgang des emotionalen Missbrauchs/der emotionalen Misshandlung (AOR 0.60, p <.01) und dem körperlichen Missbrauch (AOR 0.61, p<.03). Schlechte psychische Verfassung war bei ängstlichen Müttern in der Kontrollgruppe üblich; bei ängstlichen Müttern in der Interventionsgruppe war es weniger wahrscheinlich, dass sie eine depressive Symptomatik zeigten (AOR 0.28, p<.01), schweren elterlichen Stress (AOR 0.24, p0.03) und schlechte allgemeine psychische Verfassung (AOR 0.47, p<.04).	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Einige Ausgangswerte (baseline) sind unterschiedlich in der Interventions- und Kontrollgruppe verteilt: in der Interventionsgruppe sind weniger Mütter in einer schlechten psychischen Verfassung (Stichprobe frühe Kindheit: p = 0,03; Stichprobe Schulzeit: p = 0,03) und herrscht weniger körperliche Gewalt zwischen den Partnern (Stichprobe frühe Kindheit: p = 0,01; Stichprobe Schulzeit: p = 0,03). Informationen über die Studienstandorte und die Kontrollgruppe fehlen.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Die Autoren stellen die Einschränkungen ihrer Studie deutlich dar. Daten zur Bindungssicherheit der Mutter werden z.B. erst ein Jahr nach Beginn der Studie erhoben. **SCHWÄCHEN:** Performance bias möglich: Baseline Unterschiede. Attrition bias möglich: unbekannt,ob Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, bei der Analyse berücksichtigt wurden.

		Erstgebärend: 42% Stressrisiko (Familie Stress Checkliste): 91% Verheiratet: 24% Schlechte psychische Verfassung: 43% Substanz-Missbrauch: 19% Gewalt in d. Partner-schaft: 43% <u>Kontrollgruppe:</u> Alter: Ø 23,1 Jahre Teenie Mutter: 33% Haushaltseinkommen unter d. Armutsgrenze: 64% Erstgebärend: 48% Stressrisiko (Familie Stress Checkliste): 91% Verheiratet: 20% Schlechte psychische Verfassung: 52% Substanz-Missbrauch: 23% Gewalt in d. Partner-schaft: 54% **Stichprobe Schulzeit** (Verlaufsuntersuchung) <u>Interventionsgruppe:</u> Alter: Ø 23,9 Jahre Teenie Mütter: 28% Haushaltseinkommen unter d. Armutsgrenze: 64%				

		Erstgebärend: 42% Stressrisiko (Familie Stress Checkliste): 90% Verheiratet: 27% Schlechte psychische Verfassung: 42% Substanz-Missbrauch: 18% Gewalt in d. Partnerschaft: 43% <u>Kontrollgruppe:</u> Alter: Ø 23,2 Jahre Teenie Mutter: 31% Haushaltseinkommen unter d. Armutsgrenze: 62% Erstgebärend: 47% Stressrisiko (Familie Stress Checkliste): 90% Verheiratet: 20% Schlechte psychische Verfassung: 52% <u>Substanz-Missbrauch:</u> 23% Gewalt in d. Partnerschaft: 53%				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Mejdoubi J et al. (2013). Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Inti-	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	Von den 460 Teilnehmern wurden 223 Mütter der Kontrollgruppe zugeordnet und 237 der Interventionsgruppe zugeordnet.	Intervention - übliche Pflege + VoorZorg: ca. 10 Hausbesuche während der Schwangerschaft, 20 während des 1. und 20 während des 2. Lebensjahres des Kindes	Primäre Ergebnisse: Selbst gemeldete psychologische, körperliche oder sexuelle Gewalt	Signifikant vorteilhafte Effekte für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe: Teilnehmende als Opfer - niedrigere psychologische Aggressi-	*Schlussfolgerung der Autorinnen Autoren der Studie:* Insgesamt zeigte sich sowohl in der Kontroll- als auch der Interventionsgruppe eine hohe Gewalt Prävalenz während der Schwangerschaft. In der

mate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial Niederlande		Interventionsgruppe (N=237): 32 Wochen Schwangerschaft: 35 lost to follow-up 2 Jahre: 91 lost to follow-up Kontrollgruppe (N=233): 32 Wochen Schwangerschaft: 76 lost to follow-up 2 Jahre: 103 lost to follow-up **Screening:** <u>Stufe 1</u>: Frauen wurden von Allgemeinmediziner, Hebammen, Gynäkologen und andere Professionen der folgenden 5 Kriterien rekrutiert: <26 Jahre alt, niedriges Bildungsniveau (vorberufliche Sekundarstufe), erstgebärend, maximal 28. Schwangerschaftswoche und etwas Verständnis (Ähnliche Kriterien wie in der NFP). <u>Stufe 2:</u> Bei Erfüllen der	durch ausgebildete und erfahrene VoorZorg Krankenschwestern. Der Partner und/oder Vater des Babys war bei jedem Hausbesuch, wenn möglich, anwesend. Im Rahmen dieser gut strukturierten Besuche werden mehrere Aspekte zu Gewalt in der Partnerschaft behandelt. Die VoorZorg Krankenschwestern versuchten Risikofaktoren für Gewalt in der Partnerschaft durch den Rückgang von Stress abzubauen, indem man versucht, Frauen finanziell unabhängig zu machen oder indem sie Wohnungshilfe bereitstellen. Krankenschwestern halfen Frauen (und ihren Partnern) während der Hausbesuchen, sich der Gewalt in der Partnerschaft bewusst zu werden, um missbräuchliche Beziehungen zu identifizieren und sie auf die Folgen des Missbrauchs für das Kind aufmerksam zu machen. Kontrollgruppe: Übliche Pflege (Care as usual).	und Verletzung gegenüber der Teilnehmenden (Opfer) sowie gegenüber ihrem Partner (Täter). **Sekundäre Ergebnisse:** Summierung von Formen der Gewalt, und die Erfahrung und Ausübung von Gewalt in der Partnerschaft Alle Outcomes wurden mit der überarbeiteten Konflikttaktik-Skala gemessen. Alle Frauen wurden dreimal in ihrem Haus, in der 16.-28. und 32. Wochen der Schwangerschaft und 24 Monate nach der Geburt, von ausgebildeten weiblichen Interviewern befragt.	on Level 2 (OR 0,55). -weniger erlebte körperliche Gewalt der Stufe 1 (OR 0,38) und 2 (OR 0,57). - weniger Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen Stufe 1 (OR 0,47). -weniger Teilnehmende waren Opfer von mehr als zwei Formen von Gewalt (OR 0,49). Teilnehmende als Täter -weniger psychologische Aggression (OR 0.57), und körperliche Übergriffe (OR 0.57), weniger Verletzungen (OR 0.53), weniger Teilnehmende benutzen weniger als 2 Formen der Gewalt (OR 0.53) Teilnehmende als Opfer und Täter In der 32. Schwangerschaftswoche gab es weniger psychologische Aggression (OR 0.48), weniger körperliche Übergriffe (OR 0.44), geringere Wahrscheinlichkeit, Opfer und Täter zu sein (OR 0.48) -Prävalenz von sexuellen Übergriffen unterscheidet sich nicht signifikant in den beiden Gruppen.	32. Schwangerschaftswoche wurden deutlich weniger Frauen in der Interventionsgruppe von ihrem Partner verletzt und gebrauchten selbst deutlich weniger Gewalt gegenüber ihren Partner. Frauen die Hausbesuche erhielten, erlebten 24 Monate nach der Geburt weniger körperliche Gewalt. Sie benutzen auch weniger sexuelle Gewalt gegenüber ihrem Partner. Schlussfolgernd, ist die VoorZorg-Intervention wirksam in der Reduzierung von Gewalt in der Partnerschaft während der Schwangerschaft und bis zu zwei Jahre nach der Geburt. Weitere Forschung ist notwendig, um die langfristigen Auswirkungen von VoorZorg auf Gewalt in der Partnerschaft und auf die kindliche Entwicklung zu überprüfen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Intervention nimmt sich junge Frauen mit einem geringem Bildungsniveau als Zielgruppe. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den demografischen Merkmalen oder in der Anzahl der Risikofaktoren zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe festgestellt. Die Attrition Analyse zeigte, dass sich Teilnehmende, die nicht nachuntersucht werden konnten, nicht signifikant von den anderen Teilnehmenden unterschieden.

EVIDENZLEVEL 1+		ersten 5 Kriterien: Voor-Zorg Krankenschwestern screenen Frauen, um zu beurteilen, ob sie mindestens einen von 9 zusätzlichen Risikofaktoren hatten: Single, zurückliegende oder eine gegenwärtige Situation von Häuslicher Gewalt, psychosoziale Symptome, unerwünschte Schwangerschaft, finanzielle Probleme, Wohnungsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit und / oder keine Ausbildung, oder Alkohol- und / oder Drogenmissbrauch). <u>Intervention:</u> Alter: Ø 19,1 Jahre Verheiratet/Zusammenleben: 22% Ledig: 31% Lebenszeitprävalenz der Gewalt in der Partnerschaft: 53% <u>Kontrollgruppe:</u> Alter: Ø 19,4 Jahre Verheiratet / Zusammenleben: 24% Ledig: 37% Lebenszeitprävalenz der Gewalt in der Partner-				**STÄRKEN:** Hohe Teilnehmeranzahl und lange Untersuchungsdauer. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: keine Zuweisungsmethode für die Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe.

		schaft: 52%				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Mejdoubi J et al. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. Niederlande	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	Von den 460 Teilnehmern wurden 223 Frauen der Kontrollgruppe zugeordnet und 237 der Interventionsgruppe. <u>Interventionsgruppe</u> (N=237): 6 Monate nach der Geburt: 162 (31%) Ausfall 18 Monate nach der Geburt: 138 (42%) Ausfall 24 Monate nach der Geburt: 130 (45%) Ausfall 36 Monate nach der Geburt: 168 (29%) CPS-Daten nicht verfügbar <u>Kontrollgruppe</u> (N=233): 6 Monate nach der Geburt: 115 (48%) Ausfall 18 Monate nach der Geburt: 100 (55%) Ausfall 24 Monate nach der	Intervention - übliche Pflege + VoorZorg: ca. 10 Hausbesuche während der Schwangerschaft, 20 während des 1. und 20 während des 2. Lebensjahres des Kindes durch ausgebildete und erfahrene VoorZorg Krankenschwestern. Der Partner und/oder Vater des Babys war bei jedem Hausbesuch, wenn möglich, anwesend. Im Rahmen dieser gut strukturierten Besuche werden mehrere Aspekte zu Gewalt in der Partnerschaft behandelt. Die VoorZorg Krankenschwestern versuchten Risikofaktoren für Gewalt in der Partnerschaft durch den Rückgang von Stress abzubauen, indem man versucht, Frauen finanziell unabhängig zu machen oder indem sie Wohnungshilfe bereitstellen. Krankenschwestern halfen Frauen (und ihren Partnern) während der Hausbesuchen, sich der Gewalt in der Partner-	**Primäres Outcome:** Kindeswohlgefährdung Meldung bei dem Child Protection Services (CPS) [Kindermisshandlung ist definiert als: körperlicher Missbrauch, körperliche Vernachlässigung, emotionaler/psychologischer Missbrauch, emotional/psychologischer Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch] **Sekundäres Outcome:** Umgebung des Kindes: Haus Beobachtungsmaßnahme der Heimatumgebung (IT-HOME Scale). Verhalten des	**Kindeswohlgefährdung** Von der Schwangerschaft bis zu drei Jahren nach der Geburt hatten 31 von 164 (19%) Kindern in der Kontrollgruppe eine CPS-Meldung und in der Interventionsgruppe 18 von 168 (11%), was signifikant niedriger war (RR für VoorZorg vs. Kontrollgruppe 0,58, 95% CI (0,28 bis 0,96), ARD 0,08). Umgebung des Kindes 6 bis 18 Monate nachgeburtlich erhöhten sich die IT-HOME Werte in beiden Gruppen; In der Kontrollgruppe von 33,0 ± 6,0 bis 36,8 ± 6,1 und die Interventionsgruppe von 33,4 ± 6,9 bis 36,0 ± 6,0. → Unterschied nicht statistisch signifikant. 24 Monaten nachgeburtlich war der gesamte IT-HOME-Wert in der Interventionsgruppe deutlich höher als in der Kontrollgruppe (36,4 ± 5,9 für die Kontrollgruppe und 38,3 ± 4,8 für die Interventionsgruppe). **Verhalten des Kindes** Verinnerlichendes Verhalten (internalising behaviour) nach 24 Monaten (C:	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die niederländische Version des Nurse Family Partnership, VoorZorg, ist eine wirksame Interventionsmaßnahme für junge benachteiligte Schwangere, die das Ziel hat Kindesmisshandlung zu verhindern und die häusliche Umgebung und Verhaltensprobleme des Kindes zu verbessern. Eine [...] Einschränkung ist, dass wir davon ausgegangen sind, dass jeder CPS-Bericht eine Kindeswohlgefährdung war. [...] Eine weitere Einschränkung ist, dass die regelmäßigen Hausbesuche in den Familien der Interventionsgruppe die Chance bot, Kindeswohlgefährdung häufiger zu erkennen als in der Kontrollgruppe. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Interventionsmaßnahme ist nur für Erstgebärende. Die Ausfallquote der Studienteilnehmer ist sehr hoch. In der Studie werden wichtige Einschränkungen diskutiert (Repräsentativität der Stichprobe, CPS-Bericht wurde als nachgewiesene Kindeswohlgefährdung angesehen, mögliche Bias durch die Überwachung (Hausbesuche)). CPS-

		Geburt: 93 (58%) Ausfall 36 Monate nach der Geburt: 164 (26%) CPS-Daten nicht verfügbar **Screening:** <u>Stufe 1:</u> Frauen wurden von Allgemeinmediziner, Hebammen, Gynäkologen und andere Professionen der folgenden 5 Kriterien rekrutiert: <26 Jahre alt, niedriges Bildungsniveau (vorberufliche Sekundarstufe), erstgebärend, maximal 28. Schwangerschaftswoche und etwas Verständnis (Ähnliche Kriterien wie in der NFP) <u>Stufe 2:</u> Bei Erfüllen der ersten 5 Kriterien: VoorZorg Krankenschwestern screenen Frauen, um zu beurteilen, ob sie mindestens einen von 9 zusätzlichen Risikofaktoren hatten: Single, zurückliegende oder eine gegenwärtige Situation von Häuslicher Gewalt, psychosoziale Symptome, unerwünschte Schwangerschaft, finanzielle Probleme, Woh-	schaft bewusst zu werden, um missbräuchliche Beziehungen zu identifizieren und sie auf die Folgen des Missbrauchs für das Kind aufmerksam zu machen. Kontrollgruppe: Übliche Pflege (Care as usual)	Kindes: Child Bahviour Checkliste (CBCL)	31% vs. I: 17%) war in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (RR für VoorZorg vs. übliche Pflegegruppe: 0,56; 95% CI 0,24 bis 0,94, ARD: 0,14). Externalisierungsverhalten (C: 35% vs. I: 25%) war nicht signifikant unterschiedlich in den Gruppen (RR für VoorZorg vs. übliche Pflegegruppe: 0,71; 95% CI 0,34 bis 1,09, ARD: 0,10).	Informationen sind nicht für alle Kinder bei der Verlaufsuntersuchung von 3 Jahren verfügbar (keine Intention-to-treat Analyse). Die Interventionsmaßnahme scheint auf eine westliche Situation übertragbar und speziell für Frauen mit einer Vielzahl von Risikofaktoren geeignet zu sein.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Risikoscreening durch persönlichen Kontakt mit Ärzten und med. Fachkräften **SCHWÄCHEN**: Selection bias möglich: Zuweisungsmethode nicht eindeutig formuliert Attrition bias möglich: unbekannt,ob Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, bei der Analyse berücksichtigt wurden.

		nungsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit und / oder keine Ausbildung, oder Alkohol- und / oder Drogenmissbrauch). Interventionsgruppe Alter: Ø 19,1 Jahre Verheiratet/Zusammenlebend: 22% Single: 31% Life-time Prävalenz Gewalt in d. Partnerschaft: 53% <u>Kontrollgruppe:</u> Alter: Ø 19,4 Jahre Verheiratet/Zusammenlebend: 24% Single: 37% Life-time Prävalenz Gewalt in d. Partnerschaft: 52%				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Selph SS et al. (2013). Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US	Systematic review Aktualisierung für die United States Preventive Services Task	11 von 8394 Artikel ab 2003 wurden inkludiert (für Schlüssel Frage 1, keine Artikel gefunden für Schlüssel Frage 2). <u>Schlüsselfrage 1:</u> Wie effektiv reduzieren Interventionen und Bera-	In Zusammenarbeit mit einem Forschungsbibliothekar wurden über die Nationalbibliothek für Medizinische mit Hilfe von MeSH Termen die Datenbanken Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE und PsycINFO	Kindeswohlgefährdung (CPS-Berichte, Inobhutnahmen, Selbstmeldung einer Kindeswohlgefährdung). Gesundheitspara-	Kindbasierte Interventionen: Risikobewertung, Verhaltensinterventionen und Beratung in einer pädiatrischen Klinik zeigten einen statistisch signifikanten Rückgang von erfassten Kindeswohlgefährdungen in der Interventionsgruppe (13% vs. 19%; P = 0.03) und beobachtete keine nachteiligen Auswirkungen der Intervention.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Gesundheitsdienstleister in Kliniken sind in der Position, Kinder mit einem Risiko für eine Kindeswohlgefährdung zu identifizieren und bedürftige Familien an geeignete Präventionsmaßnahmen zu übermitteln. Um dies umsetzen zu können und den Gesundheitsdienstleis-

Preventive services task force recommendation USA	Force. Der Review bezieht sich auf Studien, die seit der vorherigen Empfehlung veröffentlicht wurden, und sich mit der Wirksamkeit und negativen Auswirkung von Verhaltensinterventionen und Beratung befasst, um Kindeswohlgefährdung bei Kindern, die einem erhöhtem Risiko ausgesetzt sind, zu verhindern.	tungen in der Primärversorgung die Exposition einer Kindeswohlgefährdung (KWG), körperliche oder geistige Folgen einer KWG oder Todesfälle bei Kindern ohne offensichtliche Anzeichen und Symptome von Missbrauch oder Vernachlässigung, aber potenziellem erhöhtem Risiko? <u>Schlüsselfrage 2:</u> Was sind die negativen Auswirkungen von Verhaltens-Interventionen und Beratungen, um Schaden durch Missbrauch und Vernachlässigung zu reduzieren? <u>Einschlusskriterien:</u> Kinder von der Geburt bis zum Alter von 18 Jahren und ihre Sorgeberechtigten, die mit Gesundheitsdienstleistern in der klinischen Versorgung (primäre Versorgung für Kinder) interagieren. <u>Ausschlusskriterien:</u>	durchsucht (Artikel von 2002 bis 2012).	meter in Bezug auf Kindeswohlgefährdungen (körperliche Verletzungen, Tod, Notfallambulanz- Besuche und Krankenhausaufenthalte) -Vernachlässigung des Kindes (Unterlassung wichtiger Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen).	Hausbesuch-Modelle: Keine Studien fanden Unterschiede in der Anzahl der Meldungen einer Kindeswohlgefährdungen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe während dem Verlauf der Studie 10 Studien fanden schwache positive Effekte, die die Interventionsgruppe begünstigten: weniger Todesfälle, Meldungen einer Kindeswohlgefährdung, Notfall-Besuche, Krankenhausaufenthalte und Selbstmeldungen einer Kindeswohlgefährdung und verbessertes Einhaltung von Immunisierungen und guter Kinderversorgung. →Allerdings waren einige Ergebnisse von grenzwertiger statistischer Bedeutung oder zeigten Studien widersprüchliche Ergebnisse.	tern effektive Methoden anzubieten, ist mehr Forschung erforderlich. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Einige Mängel schwächen das Evidenzlevel der Übersichtsarbeit (z.B. unklare Auswertung der Literatur, fehlende Beschreibung der Publikations-Bias). Die Übersichtsarbeit wertet primär Interventionsmaßnahmen aus und nicht Screeningverfahren, um Risiken einer Kindeswohlgefährdung zu identifizieren. Ein eindeutiges Ergebnis wird lediglich zu einer klinikbasierten Studie gefunden.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Eng gefasste Auswahl d. Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Publication bias möglich: grey literature oder der Status der Veröffentlichung wird nicht diskutiert.

		Kinder mit Anzeichen, Symptomen oder Beschwerden einer Kindeswohlgefährdung, Studien zu jedem Design wurden aufgenommen, um mögliche nachteilige Auswirkungen von Verhaltensinterven-tionen und Beratung zu beschreiben. 11 randomisierte Studien: -Eine Studie untersucht eine klinikbasierte Intervention (SEEK Modell): Risikoeinschätzung durch den Parent Screening Fragebogen z. B. elterliche Depression und Substanz Missbrauch. -10 Studien untersuchen Hausbesuch-Modelle für die frühe Kindheit: Healthy Start (43, 46), Early Start (49), Healthy Family (45, 47), Child First (51) und Family Partnership Modelle (42); eine Langzeitstudie (52); und 2 weitere Hausbesuch-Modelle				

		(48, 50). Die Teilnahme erfolgte auf Basis einer Risikoeinschätzung. Alle Studien hatten eine ausreichende Qualität aufgrund methodischer Einschränkungen oder fehlender Informationen zu der Methodik. Alle Studien haben Teilnehmer aus der Primärversorgung oder Mutterschaftsver-sorgung rekrutiert. Die meisten Studien inkludierten Risikofaktoren, die sich auf das Kind oder die Eltern bezogen.				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Sharps PW et al. (2016). Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial. USA	Randomisierte Kontroll-studie (RCT)	689 Frauen wurden von den teilnehmenden Behörden auf die Studie aufmerksam gemacht. Die Abuse Assessment Skala (AAS) und Women's Experience in Battering (WEB) Skala wurden für ein erstes Screening benutzt, um	DOVE Intervention: Schulungen für Hausbesucher vor Interventionsbeginn (z.B. Informationen über Gewalt in der Partnerschaft, vorgeburtliche Gewalt in der Partnerschaft, etc.). Schulungen für Hausbesucher nach der Implementierung der	AAS: Abuse Assessment Scale. Screening für eine körperliche oder sexuelle Kindeswohlge-fährdung. WEB scale: Women's Experience in battering scale.	Die DOVE Interventionsmaßnahme zeigt signifikante Effekte (F = 6,45; p <0,01): bei Frauen in der Interventionsgruppe sinkt die Gewalt in der Partnerschaft mit einem geschätzten marginalen mittleren Rückgang der Messwerte von 40,82 im Vergleich zu 35,87 bei Frauen in der Kontrollgruppe. Unsere Ergebnisse zeigten einen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die DOVE-Studie unterstützt die Evidenz für Handlungskompetenz-stärkende Interventionen für misshandelte/missbrauchte Schwangere [...]. Die Interventionsmaßnahme reduzierte effektiv die Gewalt bei Frauen mit einem geringeren Gewaltniveau, d.h. die Maßnahme verhinderte potenziell,

		alle Frauen zu Gewalt in der Partnerschaft zu screenen. Positiv gescreente Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erleben, wurden inkludiert. 352 Frauen waren nicht geeignet, 64 weigerten sich teilzunehmen, 34 Frauen konnten nicht auffindbar gemacht werden: insgesamt 239 Frauen wurden randomisiert, 22,6% (N = 54) haben die Datenerhebung nicht abgeschlossen. DOVE Intervention (N=124): Entbindung - 112 (9% Ausfall) 3 Monate - 95 (23% Ausfall) 6 Monate - 92 (25% Ausfall) 12 Monate - 87 (30% Ausfall) 18 Monate - 62 (50% Ausfall) 24 Monate - 51 (69% Ausfall) Kontrollgruppe (N=115): Entbindung - 96	Intervention (z.B. Evaluieren Protokollspezifischer Informationen, Erstellen von persönlichen Sicherheitsplänen, etc.). Die Intervention fand 6-Mal bei regulär geplanten Hausbesuchen statt, jeweils 3 Besuche während der Schwangerschaft und 3 Besuche nachgeburtlich. Die Dauer eines Hausbesuches betrug 15-25 Minuten. Krankenschwestern des untersten akademischen Grades bis hin zu Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die durch Krankenschwestern beaufsichtigt wurden, führten die Intervention aus. <u>Kontrollgruppe:</u> Frauen erhielten regulär geplante Hausbesuche, die Standardintervention bei einer Überweisung aufgrund von Gewalt in der Partnerschaft. Nur falls während des Besuches Gewalt auftrat, wurde darüber diskutiert.	zur Erkennung schweren emotionaler Misshandlung/ Vernachlässigung. CTS2: Conflict tactic scale 2. Identifiziert misshandelte/missbrauchte Frauen mit einem gewalttätigen Partner EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale. Skala zur Messung depressiver Symptome um den Zeitpunkt der Geburt herum.	signifikanten Rückgang der Gewalt durch die strukturierte DOVE-Intervention in einer realen klinischen Studie, die ein perinatales Screenings-Protokoll zu Gewalt in der Partnerschaft in reguläre bestehende Heimatmodelle integrierte.	dass die Gewaltausübung stärker wurde und möglicherweise in dem Tod der Mutter oder einem Todschlag endete. Verzerrungen aufgrund der Stichprobenselektion – die Ablehnungsrate der Studienteilnahme (18,8%) ist teilweise auf schwerer misshandelte/missbrauchte Frauen zurückzuführen, die keine Hausbesuche wollten. Anekdotisch wissen wir, dass einige misshandelte/missbrauchte Frauen, die für eine Teilnahme am Studium geeignet wären, nicht wollen, dass der Hausbesucher über die Misshandlung/Missbrauch Bescheid weiß. Drop-out-Rate: In der Interventions- und Kontrollgruppe gab es erhebliche Teilnehmerausfälle, zwischen dem 18. und 24. Monat gab es die meisten Teilnehmerausfälle. Die DOVE Interventionsmaßnahme ist kulturell und in verschiedenen Bevölkerungen akzeptiert, dennoch kann die Interventionsmaßnahme für nicht-englischsprachige Frauen oder Hausbesucher generalisiert werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Teilnehmer aus der Stadt oder vom Land wurden unterschiedlich randomisiert. In beiden Gruppen gab es erhebliche Teilnehmerausfälle. Frauen mit schwerwiegender körperlichen Misshandlungen/schwerwiegendem körperlichen Missbrauch brachen die Studie häufiger ab, andererseits vollendeten

		(15% Ausfall) 3 Monate - 86 (25% Ausfall) 6 Monate - 83 (28% Ausfall) 12 Monate - 80 (30% Ausfall) 18 Monate - 62 (46% Ausfall) 24 Monate - 57 (50% Ausfall)				Frauen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Studie, wenn der Vater des Säuglings nicht in dem Haus lebte. Ausgangswerte (baseline) unterschieden sich bei den Teilnehmern aus der Stadt oder von dem Land: mehr Afro-Amerikanerinnen (86%) sind in der Gruppe der städtischen Teilnehmerinnen im Vergleich zu den Teilnehmerinnen aus ländlichen Gebieten (23%; $p < 0.001$).
EVIDENZLEVEL 1+		DOVE Intervention Alter: Ø 24.3Jahre Afro-Amerikaner: 43.5% Ledig: 51.6% Keinen Abschluss d. Sekundärschule: 39.5% Kontrollgruppe Alter: Ø 23.4 Jahre Afro-Amerikaner : 51.3% Ledig: 48.7% Keinen Abschluss d. Sekundärschule : 40% Alle Frauen sprechen Englisch, befinden sich noch nicht in der 32. Schwangerschaftswoche, haben ein niedriges Einkommen (MedicAid förderfähig), und sind in einem vorgeburtlichen Hausbesuch-Modell der teilnehmen-				**STÄRKEN:** Die Teilnehmeranzahl ist relativ groß. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Zuweisungsmethode für die Einteilung d. Teilnehmenden in Interventions- oder Kontrollgruppe wird nicht eindeutig beschrieben.

		den Behörden eingeschrieben.				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Taft AJ et al. 2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. Australien	Cluster randomized trial	Es wurden 8 Teams inkludiert, die 2005 für einen Versuch bereits randomisiert wurden (Mothers 'Advocates In the Community, MOSAIC Study): <u>MOVE Intervention</u> **4 Mutter-Kind Gesundheits-Teams** in jedem Test-Arm (50 Zentren, 80 Mitarbeiter), alle Teams nahmen an allen Untersuchungen teil. Erhoben und gemessen wurden: -55.810 Konsultationen -6.447 Konsultationen zum Säugling (≤12 Monate alt) -22.888 Besuche der Mütter -1.269 Teilnehmerbefragungen <u>Kontrollgruppe</u> (Screening & CU) 4 Mutter-Kind Gesundheits-Teams in jedem	Kontroll- und Interventions-Teams wurden geschult und führten ein universelles Screening zu häuslicher Gewalt 4 Wochen nach der Geburt durch, anhand von Standardfragen: -Sind Sie in irgendeiner Weise besorgt über die Sicherheit von sich selbst oder Ihrem Kind? -Haben Sie Angst vor jemanden in Ihrer Familie? -Hat Sie jemand in Ihrem Haushalt jemals geschubst, gestoßen, geschlagen, getreten, oder Ihnen sonst wehgetan? MOVE Intervention • Mütter, die an den Interventionszentren teilnahmen, wurden nachgeburtlich während eines Jahres besucht. • Interventionszeitraum: 1. April 2010 bis 31. März 2011 <u>Checkliste:</u> Fragen über körperliche Symptome, z.B. wunde Nippel, Rückenschmerzen, sowie Befragungen zu häuslicher Gewalt durch Krankenschwestern aus der Kontrollgruppe.	**Primäre Endpunkte** • Screening des Mutter-Kind Gesundheits-Teams, • Offenlegung der Probleme, • Sicherheitsplanung und • Überweisungsraten aus routinemäßigen Regierungsdaten und einer Postbefragung an 10.472 Frauen mit Babys (≤ 12 Monate alt) • Prävalenz zu häuslicher Gewalt (Composite-Abuse-Skala, CAS) • Schadenserhebung (postalischer Fragebogen) **Sekundäre Endpunkte** • Prävalenz zu häuslicher Gewalt in den letzten 12 Monaten, häusli-	**Interventionszeitraum** Zwischen der Interventions- und Kontrollgruppen gibt es keine Unterschiede der gemeldeten Screening-Werte zu den obligatorischen 4-Wochen-Konsultationen (Adj RR 0.87, CI 0.64-1.19). Allerdings sind die Unterschiede nach 4 Monaten signifikant verschieden (Adj RR 1.56, CI 0.96-2.52): die MOVE-Teams zeichneten mehr Sccreenings auf (IG 36,5% gegenüber CG 23,5%). Signifikant mehr MOVE-Teams erstellen Sicherheitspläne (Adj RR 2.95, CI 1.11-7.82). Die Zahl der Überweisungen war klein und nicht signifikant nach 24 Monaten (Adj RR 0.88, CI 0.36-2.14).	*Schlussfolgerung der Autorinnen Autoren der Studie:* Die Studie entwickelte sich durch die Identifizierung von Problemen in einer früheren Version des Screenings, bei der Krankenschwestern und Patienten nicht mit dem Protokoll zufrieden waren. Die MOVE-Intervention hat gezeigt, dass Sicherheitsplanung bei häuslicher Gewalt über 36 Monate verbessert und erhalten werden kann. Dies wurde mit einem Screening-Modell erreicht, dass mit Krankenschwestern und Pflegern entworfenen wurde. Es besteht aus der Untersuchung einer häuslichen Gewalt durch Selbsteinschätzung (Checkliste) und vermeidet direkte Fragen an verwundbare Zielgruppe. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Alle Teams hatten bereits Training zur Erkennung häuslicher Gewalt im Rahmen einer früheren Studie.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Bis auf die Einschränkungen der Zuteilung und Verblindung ist die randomisierte Versuchsstudie gut durchgeführt worden.

		Test-Arm (41 Zentren, 83 Mitarbeiter), alle Teams nahmen an allen Untersuchungen teil. Erhoben und gemessen wurden: -69.345 Konsultationen -9.099 Konsultationen zum Säugling (≤12 Monate alt) 22.719 Besuche der Mütter 1.352 Teilnehmerbefragungen **8 Mutter-Kind Gesundheits-Teams** waren in den benachteiligten Nord-West Vororten von Melbourne tätig. • Mütter und das Babys (≤ 12 Monate alt) <u>MOVE Intervention</u> Alter: Ø 34,1 Jahre Verheiratet: 78,1% Abgeschlossene Sekundärschule: 91,1% Erstgebärende: 54,3% Niedriges Einkommen: 15,5% Kindheitsmissbrauch: 18,1% <u>Kontrollgruppe</u>	<u>Krankenschwester-Mentoren-Rollen</u>: Unterstützung bei der Krankenpflegesicherheit (z. B. Begleitung von Krankenschwestern in Wohnungen, in denen Gewalt vermutet wurde), Unterstützung bei schwierigen Beratungen und Verbesserung der Beziehung zu Dienstleistern zu häuslicher Gewalt. <u>Ergänzende Interventions-Checklisten</u>: Befragung zu häuslicher Gewalt durch Krankenschwestern der Kontrollgruppe mit folgenden Ergänzungen: o Haben Sie Probleme in Ihrer Beziehung oder Intimität mit Ihrem Partner? o Hat jemand in deinem Haushalt dich jemals gedemütigt oder versucht zu kontrollieren, was du kannst oder nicht kannst? <u>Kontrollgruppe:</u> Screening durch den persönlichen Kontakt zu Krankenschwestern, vier Wochen nach der Geburt und zu anderen Zeiten, wenn es nötig war.	che Gewalt während der Schwangerschaft und eigene mütterliche Misshandlungs-/Missbrauchserfahrungen als Kind		**SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Eine Verblindung der Teams war nicht möglich und dadurch auch keine adäquate Methode der Zuteilung von Studienteilnehmern.

		Alter: Ø 34 Jahre Verheiratet: 78,7% Abgeschlossene Sekundärschule: 89,8% Erstgebärende: 54% Niedriges Einkommen: 18,1% Kindheitsmissbrauch: 17,5%				

Geschwisterkinder

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Ellaway, BA et al. (2004). Are abused babies protected from further abuse? UK	Prospektiv Kohorten-studie	Eine Kohorte aller Babys im Alter von unter 1 Jahr, die zwischen April 1996 und März 1998 in Wales körperlich miss-handelt wurden. Neunundsechzig Babys wurden über einen Zeitraum von zwei Jah-ren identifiziert. 20 Babys ausgeschieden zum Follow-up • 5 Kinder starben durch den Misshandlung • 1 Kind zieht ins Aus-land • 14 Kinder wurden dauerhaft aus dem Haushalt herausge-nommen 49 Babys wurden in die Untersuchung aufge-nommen. Das Kriterium für die Aufnahme in die Studie war ein multidisziplinä-rer Konsens, dass kör-	3-Jahres-Follow-up mit Informa-tionen aus sozialen Diensten, einschließlich Kinderschutzre-gistern, und Gesundheitsquellen aller Babys unter 1 Jahr, die zwischen April 1996 und März 1998 in Wales körperlich miss-handelt wurden.	Misshandlung von Geschwistern vor der Misshandlung des Babys und während des Follow-up-Zeitraums. Wiederholte Miss-handlung des körperlich miss-handelten Babys.	Von den neunundsechzig Babys hat-ten 39 Geschwister, die vor der Miss-handlung geboren wurden. Elf (28%) davon waren vor der Geburt des Indexfalls misshandelt worden. Von den 49 nach der Kinderschutzun-tersuchung nach Hause zurückge-kehrten Babys hatten 35 mindestens ein Geschwister mit insgesamt 63 Geschwistern. Davon wurden elf Geschwister in sieben Familien in drei Jahren erneut misshandelt.	*Schlussfolgerung der Autorin-nen/Autoren der Studie*: Die erneute Kindeswohlgefährdung (des Babys) bestand nicht nur in der Misshandlungsform einer körperlichen Misshandlung sondern auch in der einer Vernachlässigung. Darüber hinaus waren nicht nur die Indexkinder ge-fährdet, sondern auch ihre Geschwis-ter. Wir haben nun gezeigt, dass die Hälfte der Geschwister von misshandel-ten Babys in der Vergangenheit Zeichen hinsichtlich einer Kindeswohlgefähr-dung gezeigt hatten. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Es liegen keine Informationen über die Geschwister (falls vorhanden) bei den Kindern vor, die nicht zu einer Nachun-tersuchung erfasst werden konnten. Es liegen keine Information über das Ge-schlecht, Alter oder Art der Kindes-wohlgefährdung der Geschwister (oder Rücknahme des Indexkindes) oder das Alter der Geschwister bei Misshandlung vor. Kleine Kohorte. Bei fast einem Drittel der Babys, die weniger als 1 Jahr alt waren und körperlich misshandelt wurden (bestätigt durch multidiszipli-näre Begutachtung), wurden auch ältere Geschwister misshandelt. 11/63 (17%) der Geschwister wurden wäh-

		perliche Misshandlung aufgetreten ist. Babys < 1 Jahr , welche körperlich misshandelt wurden. Keine weiteren Informationen über das misshandelte Baby oder die Geschwister verfügbar.				rend der Follow-up-Phase erneut misshandelt. Körperliche Misshandlung wurde bestätigt durch eine multidisziplinäre Begutachtung.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** 3 Jahre Follow-up **SCHWÄCHEN:** Es liegen keine Informationen über die Geschwister (falls vorhanden) bei den Kindern vor, die nicht zu einer Nachuntersuchung erfasst werden konnten. Es liegen keine Information über das Geschlecht, Alter oder Art der Kindeswohlgefährdung der Geschwister (oder Rücknahme des Indexkindes) oder das Alter der Geschwister bei Misshandlung vor. Kleine Kohorte.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Hamilton-Giachritsis, CE et al. (2005). A retrospective study of risk to siblings in abusing families. UK	Retrospectiv Kohortenstudie	<u>Kinder/Familien identifiziert:</u> 400 Indexkinder von 400 Familien Von den 400 Familien hatten 64 (16%) ein Einzelkind bzw. bei 26 (6.5%) lagen keine Informationen bzgl. Geschwister vor. <u>Kinder/ Familien, die in die Analyse aufgenommen sind</u> 310 Indexkinder von 310	<u>Retrospektive Datenanalyse</u> Alle Informationen wurden aus den Dateien generiert. Dies waren Merkmale, die von der Polizei in Bezug auf ihre Beteiligung an und ihre Einschätzung bzgl. des Kindes und der Familie gemeldet wurden und die möglicherweise aus Beobachtungen, Elternberichten und/ oder Informationen, die im Verlauf der Untersuchung andere Organisationen erhalten haben. Damit ein Geschwisterkind mit	Erfasste Kindeswohlge-fährdung bei Geschwistern von Indexkindern.	Es gab 477 Geschwister in 175 Familien, mit mindestens einem Geschwister mit Kindeswohlgefährdung, 302 Geschwister, bei denen dies nicht der Fall war. Wenn das Indexkind wegen Vernachlässigung, emotionalem Kindeswohlgefährdung oder einer Mischform überwiesen wurde, waren bei allen Geschwistern in 61%, 64% bzw. 62% der Fälle Bedenken geäußert worden. Eine Überweisung wegen körperlichen Misshandlung oder sexuellen Missbrauchs bezieht sich eher auf das Indexkind (53% bzw. 54%).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Täter im Rahmen der Kindeswohlgefährdung in der Familie und die Anwesenheit von Stressfaktoren in der Familie das Risiko einer Kindeswohlgefährdung für Geschwister erhöhen. Es gab keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Kinder mit Schwierigkeiten, was darauf schließen lässt, dass das spezielle Opfermodell nur begrenzt anwendbar ist. Bei der Mehrzahl der Familien wurde entweder das Indexkind zum Sündenbock gemacht (44%) oder bei alle Kindern in der Familie bestand eine Kin-

		Familien 469 Geschwister 779 Kinder insgesamt (Indexkinder und Geschwister) <u>Auswahl der Indexkinder:</u> 400 Indexkinder, die an 10 polizeilichen Kinderschutz-Einrichtungen, police child protection units (CPUs), der Großraum Bimingham, England, gemeldet wurden. Dies waren annähernd 5% der Gesamtzahl der an diese Einrichtungen gemeldeten Fälle in einem Jahr. Um eine repräsentative Kohorte erhalten zu können, wurden methodologisch die ersten 40 Fälle (eines jeden Monat) der 10 CPU´s genutzt. Wenn möglich wurde die gesamte Familie zugewiesen, das erstgenannte Kind wurde als Indexkind gewählt und die Geschwister als Geschwister erfasst. Die 400 Indexkinder	"tatsächlicher oder vermuteter Kindeswohlgefährdung erfasst werden konnte, mussten Details aus einer früheren Überweisung an eine Kinderschutzbehörde (z.B. Polizei, soziale Dienste), Informationen einer Kinderschutzkonferenz oder ein Vermerk auf dem Überweisungsschein des Indexkindes vorliegen. „Mutmaßliche Kindeswohlgefährdung bezieht sich auf Familien, in denen ein zuvor verurteilter (Kinds)Täter im Haus lebte, die Schilderung von Kindern oder ein Bericht einer im Kinderschutz erfahrenen Person vorliegt. Außerdem wurden die Misshandlungsform und der Täter der Misshandlung des Geschwisters und die Tatsache, ob die Geschwister im Kinderschutzre-gister erfasst waren, aufgezeichnet. Am wichtigsten waren die Daten über die Anzahl der Überweisungen der 795 Geschwister an eine Kinderschutzeinrichtung (child protection unit) in der Vergangenheit.		135 (44%) Indexkinder hatten weder ein männliches oder weibliches Geschwister, das zuvor als misshandelt, vernachlässigt, missbraucht oder als Sündenbock identifiziert wurde. Für die verbleibenden 175 Familien mit Geschwistern (56%) waren bereits "unspektakuläre" Sorgen über 114 Familien von Fachleuten in Bezug auf alle Geschwister, die Kindeswohlgefährdung und / oder Vernachlässigung erfahren hatten, geäußert worden. In einer von fünf Familien mit Geschwistern (n = 61) waren jedoch nur bei einigen der Geschwister "spezifische" Sorgen für Kinderschutzorganisationen geäußert worden, und diese reichten von 20% (d.h. 1 von 5) bis 87,5% (d.h. 7 in 8) von Geschwistern. In den Fällen bei denen Besorgnis bei mehr als der Hälfte der männlichen oder weiblichen Geschwister geäußert wurden, gab es nur sehr wenige Familien mit gleichgeschlechtlichen Geschwistern mit Kindeswohlgefährdung, mindestens $\chi 2 = 47.665$, $p < .00001$, $df = 4$. Es bestand jedoch kein signifikanter Unterschied beim Geschlecht des Indexkindes in den Fällen, in denen er oder sie Sünden-	deswohlgefährdung (37%). Nur in einer von fünf Familien wurden einige, aber nicht alle Geschwister misshandelt. Elterliche und familiäre Faktoren wurden gefunden, die zwischen Familien in denen keine Geschwister und Familien in denen alle Geschwister gefährdet waren unterscheiden. Es wurden jedoch keine Faktoren identifiziert, die Familien unterschieden, in denen einige, aber nicht alle Geschwister misshandelt wurden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Konfidenzintervalle, sind nicht im Artikel enthalten. Keine Angaben zu den demographischen Merkmalen von Geschwistern der Indexkinder. In fast 60% der Familien gab es Bedenken wegen mindestens eines weiteren Geschwisterkindes des Indexkindes. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen der Anzahl fehlender Variablen in Familien, in denen das Indexkind ein Sündenbock war, oder in den Familien in denen einige Geschwister oder alle Geschwister waren gefährdet.

EVIDENZLEVEL 2+		waren Teil eines umfassenden Forschungsprojekts einer sich wiederholenden Misshandlung. <u>Indexkinder (n = 400):</u> 42% männlich, 58% weiblich Alter = Ø 8.5 Jahre (Spektrum von vorgeburtlich bis 18 Jahre) Grund der Überweisung: ▪ Körperliche Misshandlung (43%) ▪ Sexueller Missbrauch (30%) ▪ Vernachlässigung (11%) ▪ Mischformen (11%) ▪ Emotionale Misshandlung (5%) Täter: ▪ 78% Familienmitglied, ▪ 15% Bekannter oder Fremder ▪ 7% unbekannte Person oder aufgenommen aus Sorge um das Indexkind (z.B. sexualisiertes Verhalten) <u>Gesamt-Kohorte</u> Anzahl der Geschwister = Ø 2.1 (SD 1.8), Anzahl der Geschwister, nachdem die Familien			böcke wurden oder ein oder mehrere Geschwister mit Kindeswohlgefährdung auftraten. Täter neigen dazu signifikant häufiger ältere Kinder zu Sündenböcken machen. Im Hinblick auf Auffälligkeiten von Kindern, mit Kindeswohlgefährdung und Sündenbockfunktion,(d.h. Verhaltensprobleme, Krankheitsbilder, Selbstverletzung, gewalttätiges / aggressives Verhalten oder Lernbehinderung), wurden keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Status von Geschwistern in den drei Gruppen gefunden. Daher gab es keine Hinweise auf kindliche Variablen, die zum Sündenbock führen. Die familiäre Situation (Stiefeltern, alleinerziehende Eltern, beide leiblichen Eltern) hatten keine Auswirkungen auf das Risiko für Geschwister. Die Familiengröße zeigte jedoch signifikante Unterschiede ($t = 2,4$, $p < 0,05$), wobei die Anzahl der Familienmitglieder eine größere Wahrscheinlichkeit einer früheren Kindeswohlgefährdung von Geschwistern aufwiesen.	**STÄRKEN:** Information von Polizei und Child Protection Unit **SCHWÄCHEN:** Konfidenzintervalle, sind nicht im Artikel enthalten. Keine Angaben zu den demographischen Merkmalen von Geschwistern der Indexkinder

		mit einem Kinde ausgeschlossen wurden = Ø 2.6 (SD 1.6) Durchschnittliche Familiengröße (das Indexkind eingeschlossen) = 3.1 Kinder Es konnten keine Informationen über die demographischen Merkmale von Geschwistern zur Verfügung gestellt werden.				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Lang, C et al. (2013). Maltreatment in multiple-birth children USA	Retrospectiv Kohortenstudie	Alle Kinder <18 Jahre alt aus Mehrlingsschwanger-schaften, bei denen Kindeswohlgefährdung nachgewiesen wurden und vom Kinderschutzteam (the child maltreatment team) im Children's Medical Center Dallas von Januar 2006 bis Dezember 2009 evaluiert wurden. 19 Mehrlingsgeburten (eine Gruppe von Drillingen und 18 Zwillingsgruppen), bei denen mindestens bei einem Kind misshandlungsbe-	<u>Retrospectives chart review.</u> Das retrospektive Chart-Review wurde mit Daten aus den elektronischen und traditionellen medizinischen Aufzeichnungen des Children's Medical Centers in Dallas und dem Parkland Memorial Hospital durchgeführt. Die in den medizinischen Aufzeichnungen enthaltenen Informationen enthielten Berichte von Betreuern, Informationen von Kinderschutzeinrichtungen (Child Protective Services), Bildgebungsstudien und Bewertungen durch medizinisches Personal. Obwohl die Namen der Patienten zunächst wäh-	Kindeswohlgefährdung bei Indexkindern und ihren Geschwistern. Misshandlungsmerkmale wurden wie folgt eingeteilt: Frakturen, intrakranielle Hämatome, Vernachlässigung, Abdominaltrauma oder kutane Manifestationen (einschließlich Verbrennungen, Blutergüsse und Frenulumverlet-	Von den insgesamt 39 untersuchten Mehrlingsgeburten hatten 30 (76,9%) eine Form von Kindeswohlgefährdung. Somit wurde bei 10 von 19 Mehrlingsgeburten (53%) festgestellt, dass sie eine Form von Kindeswohlgefährdung aufwiesen. Mehr als die Hälfte der Geschwister von Indexkindern wurden körperlich misshandelt und/oder vernachlässigt, und wenn beide Kinder der Mehrlingsgeburten betroffen waren, waren sie auf die gleiche Weise misshandelt oder vernachlässigt. Alle 10 Mehrlingsgeburten, bei denen alle Geschwister verletzt wurden, teilten sich mindestens eine Verletzungsart. Ein zusätzlicher Drillingssatz	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Geschwister misshandelter Indexkinder bei Mehrlingen werden oft, aber nicht immer misshandelt. Bei Mehrlingen, bei denen alle Kinder vernachlässigt oder körperlich misshandelt wurden, wiesen die Kinder die gleichen Misshandlungsarten auf. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer vollständigen, sorgfältigen medizinischen Bewertung von Geschwistern und dem Indexkind aus Mehrlingsgeburten, wenn es eine Misshandlungsproblematik gibt, mit besonderem Augenmerk auf Frakturen und Abdominaltrauma. Die Ergebnisse unterstützen die gegenwärtige Standardpraxis, alle Kinder aus Mehrlingsgeburten zu evalu-

		dingte Verletzungen und/oder Vernachlässigung über den Zeitraum der vierjährigen Studie. Dokumentiert ist. Im gleichen Zeitraum wurden 142 Kinder aus Einlingsgeburten mit nachgewiesener Misshandlung im gleichen Zeitraum. Ein nachgewiesener Misshandlungsfall wurde von dem multidisziplinären Kinderschutzteam (multidiscipliniary maltreatment team) als Fall mit begründetem Verdacht auf körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung erkannt. Das multidisziplinäre Team umfasste Kinderschutzärzte, Sozialarbeiter und Mitarbeiter des Kinderschutzservices. Aus der elektronischen Krankenakte wurden ausgewählte Daten (Kinderalter, Gestationsalter bei der Geburt und Verletzungsart) aus der Vergleichsgruppe der Kinder mit Einlingsgeburten mit nachgewiesener Misshandlung im gleichen Zeitraum.	rend der Chart-Abstraktion bekannt waren, wurden anschließend alle Identifizierungsmarker entfernt und durch alternative Identifikationsnummern und Buchstaben ersetzt. Daten über die Misshandlungsart bei Einlingsgeburten mit nachgewiesener Misshandlung, die im gleichen Zeitraum durch das Team zur Behandlung von Kindesmisshandlung ausgewertet wurden, sind auf die gleiche Weise zum Vergleich abstrahiert.worden. Nachgewiesene Kindeswohlgefährung wurden vom Kinderschutzteam als Verletzungen definiert, die "sehr besorgniserregend für" oder "im Einklang mit" nicht-zufälligen Traumata waren. Alle persönlichen Identifizierungsmarker wurden entfernt und durch alternative Identifikationsnummern und Buchstaben ersetzt. Es wurden auch Daten zu Familien und mutmaßlichen Tätern erhoben, die aus der Beziehung der Eltern (Zusammenleben, getrennt, aber involviert oder nicht involviert), der primären Versorgungssituation (caretaker category), der Täterkategorie, dem Alter der Eltern und ob der Täter mit den Kindern lebte,	zungen). Kategorien für Vernachlässigung enthalten Gedeihstörungen und medizinische Vernachlässigung. Frakturen wurden klassifiziert als Schädelfrakturen, Rippenfrakturen, diaphysäre Frakturen oder metaphysäre Frakturen. Verletzungen, die auf Röntgenaufnahmen als fragwürdig eingestuft wurden (d. H. Befürchtungen einer Fraktur ohne positive Bestätigung), wurden nicht als Verletzungen klassifiziert.	umfasste zwei gefährdete Kinder und ein Drittes, das nicht gefährdet war. Vier Sätze von Mehrlingsgeburten teilten sich zwei Misshandlungsarten. Unter den misshandelten Kindern der Mehrlingsgeburten waren Frakturen die häufigste Verletzung (83%), gefolgt von Hautbefunden (43%), intrakranielle Hämatome (33%), Vernachlässigung (23%) und Abdominaltrauma (13%). Bei Mehrlingskindern traten insgesamt 186 Frakturen auf, am häufigsten Rippenfrakturen (54%), gefolgt von metaphysären, diaphysären und Schädelfrakturen. Mutmaßliche Täter lebten in 90% der Fälle mit dem Opfer zusammen. Mütter waren in 42% der Fälle die mutmaßliche Täterin, ebenso wie Väter. Die Studienergebnisse zeigten, dass misshandelte Kinder aus Mehrlingsgeburten signifikant häufiger als misshandelte Einlinge Frakturen und Abdominaltraumata erleiden, obwohl die Anzahl der Kinder mit abdominalem Trauma in beiden Gruppen relativ gering war.	ieren, wenn ein Kind misshandelt oder vernachlässigt wird. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Sexueller Missbrauch ist nicht enthalten. Verschiedene Formen der Misshandlungsart werden zusammen gruppiert. Studienbeschränkungen wurden von Autoren festgestellt. Kleine Stichprobe. Der Recall bias wurde diskutiert, weil einige Eltern Informationen zurückgehalten haben könnten, um eine strafrechtliche Verfolgung zu vermeiden. Die Mehrzahl der Mehrlingskinder ist jünger als 2 Jahre.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Multiprofessional Review der Fälle (Ärzte, Sozial Arbeiter und CHild Portection services) **SCHWÄCHEN:** Sexueller Missbrauch ist nicht enthalten. Verschiedene Formen der Misshandlungsart werden zusammen gruppiert. Studienbeschränkungen wurden von Autoren festgestellt. Kleine Stichprobe. Der Recall bias wurde diskutiert, weil einige Eltern Informationen zurückgehalten haben könnten, um eine strafrechtliche Verfolgung zu vermeiden.

		burten im gleichen Zeitraum abstrahiert. <u>Mehrlingsgeburten (n = 39)</u> Median Kindesalter = 5 Monate Alle einbezogenen Kinder waren jünger als zwei Jahre alt, abgesehen von einem Satz siebenjähriger Zwillinge. <u>Einlingsgeburten (n = 142)</u> Altersgruppe: Säuglinge - 16 Jahre	bestanden. Der mutmaßliche Täter wurde zum Zeitpunkt der Verletzung des Kindes als die Person identifiziert, die bei den Strafverfolgungsbehörden und dem Child Protective Services aktenkundig war.			
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Lindberg, DM et al. (2012). Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children USA	Prospektiv Kohortenstudie	Beratungen des „Child abuse team“ für Kinder <120 Monate: 2890 Indexkinder, 1927 Kontaktkinder Misshandlungsskennzeichen des Indexkindes auf einer 7-Punkte-Skala ≥ 6 ▪ 994 Indexkinder ▪ 728 Kontaktkinder 1896 Indexkinder & 1199 Kontaktkinder erhielten die übliche	<u>Teil 1. Screeningprotokoll für Indexkinder</u> Das gesamte Screening auf Misshandlung wurde im Rahmen der routinemäßigen Versorgung durch die „child abuse teams“ durchgeführt. Die Einschätzung der Misshandlungswahrscheinlichkeit wurde vom „child abuse physician“ anhand einer bereits veröffentlichten 7-Punkte-Skala beschrieben. Eine Score von 6 oder 7 auf dieser Skala wurde als "hohe Wahrscheinlichkeit"	Der Anteil der protokollindizierten SS, der eine misshandlungsbedingte Fraktur bei einem Kontaktkind identifizierte.	Körperliche Untersuchung Es gab 355 Kontaktkinder, die die Kriterien für körperliche Untersuchung erfüllten. Eine körperliche Untersuchung wurde für 343 (96,6%) dieser Kinder empfohlen und bei 259 (73,0%) abgeschlossen. Verletzungen wurden bei 22 Kontaktkinder (6,2% 95% CI 4.1-9.3) im Alter von 2,5 bis 59 Monaten (Median 26,4 Monate) identifiziert. Die Verletzungen beinhalteten 19 Kinder mit Prellungen und Abschürfungen, 2 mit Verbrennungen und 1 mit einem oberen Lippenbändchenriss. Im Kinderschutz	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Junge Kontaktkinder von körperlich misshandelten Kindern sind einem hohen Risiko für körperliche Misshandlung ausgesetzt, wobei das Risiko, dass Zwillinge relativ zu anderen Kontakten erhöht werden, hoch ist. Young contacts of physically abused children are at high risk for physical abuse, with risk to twins being relatively increased relative to other contacts. Eine Skelettuntersuchung sollte bei Kontaktkindern <24 Monate durchgeführt werden, wenn das Kind mit schwerwiegenden

		Versorgung, weil der Index für die Messung der Gefahr einer Kindesmisshandlung auf der 7-Punkte-Skala ≤ 5 lag) <u>Indexkind mit schwerer Verletzung **</u> ▪ 627 Indexkind ▪ 479 Kontaktkind 367 Indexkinder und 249 Kontaktkinder erhielten die übliche Behandlung, weil die Verletzungen nicht als schwere Verletzungen klassifiziert wurden (siehe **) Indexkinder = Kinder <120 Monate (10 Jahre) alt, die von einem „Kinderschutzarzt“ (Child abuse physician) bei Verdacht auf körperlicher Misshandlung untersucht wurden Kontaktkinder = Kinder, <120 Monate (10 Jahre) alt, die im Vormonat bekanntermaßen den gleichen Haushalt oder Versorgungssettng hatten, in dem Misshandlung an einem Indexkind vermutet wurde. Wir schlossen Kontakte	angesehen. *6 = Erhebliche Beweise für beigebrachte Verletzung* • Schwere Verletzung ohne Anamnese bei einem Kind, das nicht in der Lage ist, sich selbst die Verletzung zuzufügen • Geschichte inkonsistent mit identifizierten Verletzungen Schwerwiegende Verletzungen mit sich verändernder Geschichte oder Geschichte, deren Schilderung zwischen den Bezugspersonen uneinheitlich sind • Unangemessene Verzögerung bei der Suche nach Behandlung • Mehrere schwere Verletzungen unterschiedlichen Alters ohne plausible Erklärung *7 = Eindeutig beigebrachte Verletzung* • Geformte Hämatome / Verbrennungen, Rippenfrakturen posterior unklarer Genese, characteristische retinale Blutungen • Hochverdächtige Verletzung (Leberverletzung, Verbrennungen, Ohrmuschel, unerklärliche Fraktur) mit nachgewiesener nachfolgender Miss-		erfahrene Ärzte beschrieben 6 der Kontaktkinder mit geformten Hämatomen oder die anderweitig misshandelt wurden. Bei 6 weiteren Kontaktkindern wurden die Prellungen als übereinstimmend mit einer akzidentiellen Verletzung beschrieben. <u>Skelettscreening (SS)</u> Das Protokoll sah für 134 Kontaktkinder ein Skelettscreening indiziert, Das SS wurde von einem im Kinderschutz erfahrenen Arzt in 122 (91,0%) der Fälle empfohlen und in 101 abgeschlossen (75,4%). SS identifizierte bei 16 von 134 Kontakten ≥ 1 Misshandlungssfraktur (11,9%, 95% CI 7,5-18,5). Unter den Kontaktkindern, die ein SS erhalten hatten und die <6 Monate alt waren (N= 22) wurden 9 Kinder mit Frakturen identifiziert (40,9%), verglichen mit 4 von 16 (25,0%) Kontaktkindern zwischen 6 und 12 Monaten und 3 von 63 (4,8%) Kontaktkindern im Alter zwischen 12 bis 24 Monate alt (odds ratio 10.4, 95% CI 2.5–50.8). Acht Kinder hatten isolierte Frakturen und 8 hatten multiple Frakturen mit insgesamt 51 Frakturen. Sieben Kontaktkinder wiesen mindestens 1 Fraktur mit Anzeichen einer Heilung auf. Keine der Frakturen wies assoziierte Anzeichen oder Symptome wie Blutergüsse, Schwellungen	Verletzungen körperlich misshandelt wird, unabhängig von den Ergebnissen der körperlichen Untersuchung. Obwohl die ZNS-Bildgebung keine Verletzungen zeigte, reicht unsere kleine Stichprobengröße nicht aus, um eine Schlussfolgerung über ZNS-Bildgebung zu ziehen. Wir empfehlen die körperliche Untersuchung der jungen Kontakte körperlich misshandelter Kinder, da körperliche Untersuchungen kostengünstig und sicher sind und spezifische Anzeichen von Misshandlung identifizieren. Wir möchten jedoch unterstreichen, dass das Fehlen von Verletzungen bei der körperlichen Untersuchung das Potenzial für andere missbräuchliche Verletzungen nicht ausschließt. Wir haben keinen Unterschied bzgl. Alter, Geschlecht, oder Art der Krankenversicherung (als Indikator für den sozioökonomischen Status) bei Kontaktkindern zu der Gruppe, die zuvor aussortiert waren, festgestellt. Die Kontaktkinder wurden jedoch eher gescreent, wenn das zugehörige Indexkind eine nicht-weiße Rasse oder hispanische Abstammung aufwies. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Gut durchgeführte Studie. Nur relevant für Kinder unter 10 Jahren, die Kontaktkinder eines Indexkindes sind, das durch körperliche Misshandlung schwer verletzt wurde. Aufgrund der geringen Stichprobengröße (n = 19) ist es

		von häuslichen Tagesbetreuungen ein, schlossen jedoch Kontakte von kommerziellen Tagesbetreuung aus, wegen des Potenzials einer großen Anzahl von Kontakten und der sehr niedrigen Misshandlungssraten bei kommerziellen Tagesbetreuungen. * Wenn mehrere Kinder aus einem Haushalt gleichzeitig mit Verdacht auf Misshandlung konfrontiert wurden, wurden alle als Indexkinder bezeichnet ** Schwere Verletzung wurden definiert als Fraktur (en), Verbrennungen von> 5% Gesamtkörperoberfläche, traumatische Hirnverletzung, intraabdominal oder intrathorakal Verletzung, Intensivstation oder Tod. <u>Körperliche misshandelte Indexkinder:</u> 56.6% männlich, 43.4% weiblich	handlung • Zuverlässiger Augenzeuge der Misshandlung • Verdächtige Verletzung und gleichzeitig misshandelte Geschwister • Offensichtliche Verletzung mit signifikanter, unerklärlicher Verspätung der Vorstellung (schwere Verbrennungen, nicht ansprechbares Kind, offensichtlich länger anhaltender Anfall) Mit einem hinreichenden Maß an medizinischer Sicherheit können die beschriebenen Verletzungen / Befunde nicht durch zufällige Verletzungen, vorbestehende medizinische Erkrankungen, angemessene Disziplinierung oder gutartige Ereignisse erklärt werden (Notierungen 6 und 7). Indexkinder werden als "körperlich misshandelt" definiert, wenn sie sowohl eine hohe Wahrscheinlichkeit der Misshandlung als auch mindestens eine schwere Verletzung aufwiesen. <u>Teil 2. Screening-Protokoll für Kontaktkinder</u> Das gemeinsame Screening-Protokoll wurde für die Kon-		oder Druckempfindlichkeit bei der körperlichen Untersuchung auf, und keine wurde klinisch vor dem SS vermutet. Unter den 134 Besprechungsprotokollen mit Kriterien für SS, waren 16 (11,9%) Zwillinge, wobei 9 von diesen (56,3%) Frakturen im SS aufwiesen. Die Anzahl der Zwillinge war signifikant häufiger als die anderen Kontaktkinder, bei denen eine Fraktur im SS festgestellt wurde (Odds Ratio 20.1, 95% CI 5.8-69.9). ZNS-Bildgebung (CT oder MRT, kein Ultraschall) Es gab 25 Kontaktkinder, bei denen die Kriterien für eine ZNS-Bildgebung erfüllt waren. Die ZNS-Bildgebung wurde in 22 Fällen empfohlen (88,0%) und in 19 (76,0%).abgeschlossen. Keine Studie zeigte eine intrakranielle Verletzung (0%, 95% CI 0-13,7). Ein Kopf CT wies eine Schädelfraktur nach, die zuvor im SS identifiziert wurde.	schwierig Rückschlüsse auf die ZNS-Bildgebung bei Kontakten <6 Monate zu ziehen. Von den Autoren diskutierte Einschränkungen - Zeit zwischen der ersten Präsentation des Indexkindes und der Untersuchung des Kontaktkindes wurde nicht aufgezeichnet (es ist unwahrscheinlich, dass dies Einfluss auf die Erkennung von Frakturen bei SS hat). Körperliche Untersuchung oder persönliche Bewertung durch CPS wurde gemäß den üblichen Praktiken des Untersuchers durchgeführt. Es ist möglich, dass misshandelnde Verletzungen verpasst wurden, wenn Untersuchungen keine spezifischen Komponenten wie dedizierte Netzhaut- oder Genitaluntersuchung enthielten. Es ist daher möglich, dass ein noch genaueres Untersuchungsprotokoll eine größere Anzahl von Verletzungen identifizieren würde.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** grosse Stichprobe **SCHWÄCHEN:** Zeit zwischen der ersten Präsentation des Indexkindes und der Untersuchung des Kontaktkindes wurde nicht aufgezeichnet

		Alter: 52.8% 0-6 Monate 17.5% 6-12 Monate 10.8% 12-24 Monate 16.3% 24-60 Monate 2.6% 60-120 Monate Anzahl den Kontaktkinder: 0 = 50.1% 1 = 31.6% 2-5 = 18.3% <u>Kontaktkinder von körperliche misshandelten Indexkindern:</u> 43.4% männlich, 46.6% weiblich, 10% unbekannt Alter: 5.2% 0-6 Monate 4.4% 6-12 Monate 18.4% 12-24 Monate 46.1% 24-60 Monate 24.0% 60-120 Monate 1.9% unbekannt	taktkinder von körperlich misshandelten Indexkindern verwendet, wie zuvor definiert. Von Kinderschutzärzten (child abuse physician) wurde erwartet, dass sie eine persönliche Überprüfung durch Mitarbeitende des CPS (Child Protection Service) oder eine körperliche Untersuchung durch einen medizinischen Anbieter bei Kontaktkindern < 5 Jahren empfehlen. Bei Kontaktkindern <24 Monate, wies das Protokoll Kinderschutzärzte (child abuse physicians) an, SS und körperliche Untersuchung von einem medizinischen Anbiete zu empfehlen. Bei Kontaktekindern <6 Monate alt wurde erwartet, dass sie unterziehen ZNS-Bildgebung zusätzlich zu einem SS (Skelettscreening) und einer körperliche Untersuchung. Die ZNS-Bildgebung könnte aus einem CT oder MRT, aber nicht aus Ultraschall bestehen. Das Protokoll beschreibt einen gemeinsamen Mindeststandard für das Screening von Kontaktkindern, und es steht den Ärzten, die Kinderschutz betreiben, frei ein zusätzliches Screening zu empfehlen.			

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Lindberg, DM et al. (2013). Predictors of screening and injury in contacts of physically abused children. USA	Prospektive Kohortenstudie	Konsultationen des Kinderschutzteams (child abuse team consultations) von Kindern <120 Monaten zwischen dem 15. Januar 2010 und dem 30. April 2011. ▪ 1196 Indexkinder ▪ 1918 Kontaktkinder Die Untersuchung umfasst alle Kontaktkinder, unabhängig davon, ob sie Protokollkriterien für das Screening erfüllten. Indexkinder = Kinder <120 Monaten (10 Jahre) alt, die von einem im Kinderschutz erfahrenen Arzt (child abuse physician) wegen körperlicher Misshandlungen beurteilt wurden. Kontaktkinder = Kinder <120 Monaten (10 Jahre) alt, von denen im letzten Monat bekannt war, dass sie den gleichen Haushalt oder ein anderes Versorgungssetting teilten, in dem die	Das gesamte Screening wurde nach dem Standard für das teilnehmende Zentrum durchgeführt. Alle Zentren führten Skelettuntersuchungen nach den von der American Academy of Pediatrics und/ oder American College of Radiology. ZNS-Bildgebung beinhaltet CT oder MRT, nicht aber Ultraschall des Schädels alleine. Interviews der Kontaktkinder wurden gemäß der klinischen Praxis des teilnehmenden Zentrums und wurden von Ärzten, Sozialarbeitern, Strafverfolgungsbehörden oder CP durchgeführt.	Eigene Offenlegung der Misshandlung oder durch Geschwister.	Bei 299 Interviews berichteten 90 Kontaktkinder von Misshandlung (37 beim Indexkind, 17 beim Kontaktkind und 36 für beide Kinder). Das mediane (IQR) Alter der befragten Kontakte betrug 63 (48-84) Monate. Interviews wurden häufiger empfohlen und abgeschlossen, wenn die Kontaktkinder älter waren und wenn der Altersunterschied zwischen Kontaktkindern und Indexkindern größer war. Befragte Kontaktkinder gaben eher Misshandlung an, wenn bei einer körperlichen Untersuchung Verletzungen festgestellt wurden oder wenn das Indexkind eine misshandlungsspezifische Verletzung hatte.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Bei 299 Interviews berichteten 90 Kontaktkinder von Misshandlung (37 beim Indexkind, 17 beim Kontaktkind und 36 bei beiden Kindern). Es wurde berichtet, dass die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung in 30 Fällen (10,0%) abnahm, wenn die befragten Kontaktkinder die Misshandlung ausdrücklich ablehnten. Einschränkungen der Studie wurden diskutiert *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Beschreibung des Interviews und die Diskussion der Ergebnisse sind eingeschränkt, aber der Methodik und Vorgehen der Studie ist stark. Das Alter des Kontaktkindes beeinflusste die Entscheidung, ob das Kontaktkind befragt wird. Wenn ein Kontaktkind die Misshandlung des Indexkindes bestreitet, kann die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Misshandlung reduziert werden (falsch-negative Einschätzung). Interviewer sollen dieses Bedenken berücksichtigen.
Evidenzlevel 2++						**Stärken:** grosse Stichprobe **Schwächen:** alle Interviews wurden nicht von geschulten Interviewern durchgeführt. Mögliche Bias und Re-

		Misshandlung des Indexkindes vermutet wurde. Kontaktkinder waren meist biologische Geschwister des Indexkindes, es konnten aber auch Halbgeschwister, Stiefgeschwister, andere Verwandte oder Kontakte aus Tageseinrichtungen sein. <u>Körperlich misshandelte Indexkinder:</u> 59% männlich, 41% weiblich Median Alter: 12 Monate (IQR 4 – 33 Monate) 16% Intensivstation 3% Tod Neue Verletzungen beim Screening gefunden (Skelettscreening oder ZNS-Bildgebung): 42% <u>Kontaktkinder der körperlich misshandelten Indexkindern:</u> 45% männlich, 45% weiblich, 9% unbekannt Median age: 40 Monate (IQR: 24-60 Monate) 4% Zwillinge/Drillinge Beziehung zum Index-				porting Bias von Kindern.

		kind: 60% Geschwisters 25% Halbgeschwister 7% andere Verwandte 3% Stief- oder Adoptivgeschwister 3% Tagespflege 4% unbekannt oder andere Anzahl der Kinder im Haushalt (Index- und Kontaktkinder): 2 Kinder = 38% 3-6 Kinder = 59% 7-10 Kinder = 3%				

Hämatome						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Anderst, JD et al. (2013). Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse US	Expertenmeinung	Anzahl der Patienten n= keine keine spezifischen Details	Expertenmeinung mit klinischer Relevanz	Empfehlungen für Kinderärzte/inne für die Untersuchung von Blutgerinnungsstörungen, wenn eine Misshandlung festgestellt wurde.	Bei Fällen von Hämatomen/Blutungen zur Beurteilung einer Blutgerinnungsstörung fokusiert sich auf: • die spezifische anamnestsiche Angabe zur Ursache der Blutung • Art und Lokalisation der Blutung • Mobilität und Entiwcklungsstand des Kindes Die folgenden Faktoren schließen die Notwendigkeit für die Evaluation einer Blutgerinngsstörung aus: • Anamnese ist passend zu Befund (Blutung/Hämatom) • Bezeugte Misshandlung durch Kind/Jugendlichen oder durch Dritte • Geformtes Hämatom, bzw. spezifischer befund für eine Misshandlung liegt vor Bei nicht mobilen Kindern können Blutgerinnungsstörungen in Form von Hämatomen oder Petechien an verschiedenen Stellen auffallen. Beispiele sind: • Petechien an Kleidungslinienstellen • Hämatome, die durch Druck wie z.B. einen Kindergurt entstehen • Exzessive diffuse Blutungen, bei	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Hämatome oder Blutunge bei einem Kind können zum Verdacht auf eine Misshandlung führen. Es bedarf einer kritsichen Beurteilung, ob diese Befunde das Ergebnis eines Traumas/Misshandlung sind und/oder ob das Kind eine Blutgerinnungsstörung hat. Viele Blutgerinnungsstörungen sind selten, und nicht jedes Kind mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen muss darauf untersucht werden. Die Anamnese und die klinische Bewertung können verwendet werden, um die Notwendigkeit einer Untersuchung für eine mögliche Blutgerinnungsstörung zu bestimmen; Prävalenz und bekannte klinische Darstellungen individueller Blutgerinnungsstörungen können verwendet werden, um das Ausmaß der Laboruntersuchungen zu bestimmen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Eine gute Übersichtsarbeit mit ansprechenden Grafiken (u.a Prävalenz der Gerinnungsstörungen) und praxisnahen Empfehlungen zur Thematik „Blutgerinnungsstörungen bei Kindern mit Verdacht auf Misshandlung“.

EVIDENZLEVEL 4					schwerer Blutgerinnungsstörung	**STÄRKEN:** EXPERTENMEINUNG MIT KLINISCHER RELEVANZ **SCHWÄCHEN:** SCHWACHE EVIDENZ
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Collins, PW et al. (2016). Patterns of bruising in preschool children with inherited bleeding disorders: a longitudinal study UK	Prospektive Kohorten-studie	Anzahl der Patienten: • bleeding disorder group n= 105 children with mild/moderate bleeding disorders; There were 58 children with severe and 47 with mild/moderate bleeding disorder • non-bleeding disorder Group (Kemp et al. 2015 Patterns of bruising in pre-school children—a longitudinal study) n= 328 children Classification of patients: • classified by mobility: premobile (non- rolling /rolling over/ sitting), early mobile (crawling/ cruising) and walking • by disease severity: severe bleeding disorder factor VIII/IX/XI <1 IU/dL or type 3 von Willebrand	Number, size and location of bruises recorded in each child weekly for up to 12 weeks were compared between children with severe and mild/moderate bleeding disorders and those without bleeding disorders. Multiple collections for individual children were analysed by multilevel modelling. 105 children with bleeding disorders, were compared with 328 without a bleeding disorder and.	The extent that inherited bleeding disorders affect; number, size and location of bruises in young children <6 years.	Children with bleeding disorders had more and larger bruises, especially when premobile. Compared with premobile children without a bleeding disorder; the modelled ratio of means (95% CI) for number of bruises/ collection was 31.82 (8.39 to 65.42) for severe bleeding disorders and 5.15 (1.23 to 11.17) for mild/moderate, and was 1.81 (1.13 to 2.23) for size of bruises. Children with bleeding disorders rarely had bruises on the ears, neck, cheeks, eyes or genitalia.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Children with bleeding disorder have more and larger bruises at all developmental stages. The differences were greatest in premobile children. In this age group for children with unexplained bruising, it is essential that coagulation studies are done early to avoid the erroneous diagnosis of physical abuse when the child actually has a serious bleeding disorder, however a blood test compatible with a mild/moderate bleeding disorder cannot be assumed to be the cause of bruising. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachte Studie, bei der die Anzahl, Größe und Lokalisation “blauer Flecken” von Kindern mit Blutgerinnungsstörungen untersucht wird und mit der Anzahl, Größe und Lokalisation „blauer Flecken“ der Gruppe von Kindern mit bestätigter Misshandlung verglichen wird. Die Ergebnisse werden in Bezug der Mobilität der Kinder gesetzt: prämobile und mobile Kinder.

EVIDENZLEVEL 2+		disease Alter der Patienten: • bleeding disorder group: mean age (range) 2.6 (0.1–5.8) years • non-bleeding disorder group: mean age (range) 1.6 (0–5.8) years Inclusion criteria: • children age <6 years Exclusion criteria: • none				**STÄRKEN:** GUT AUSGEWÄHLTE VERGLEICHSGRUPPEN **SCHWÄCHEN:** Selection bias: Unbekannt, ob ein Vergleich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gezogen wurde, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzuzeigen Assessment; keine Konfidenzintervalle
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Goldberg AP et al. (2009). Bruising frequency and patterns in children with physical disabilities US	Prospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten: n= 50 Alter der Patienten: 4 to 20 years Gender: 25 girls and 25 boys Functioning: The 50 study participants were extremely low functioning: 60% had a WeeFIM mobility score of ≤10,	Over a 15-month period, the children had two skin examinations, including external inspection of the genitalia and anus. (We averaged the total number of bruises from the first and second examinations.) Also we use the WeeFIM which includes 18 items in subscales of self-care, mobility, and cognition. Results were compared with a previously studied nondisabled or “typical” population of children.	We obtained normative data on bruising in children with physical disability in functioning and evaluated factors associated with bruising in this population.	There was no relationship between the number of bruises and the child’s age, race, or BMI. Overall, our subjects were more likely to have at least 1 bruise noted than nondisabled children from a comparable study. There was no significant relationship between the number of bruises and functional mobility, self-care, cognition, or muscle tone. The bruising locations in our study group were different from those of nondisabled children. However, in both groups bruises were rarely	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: The children in our study were different from nondisabled children in the frequency and pattern of their bruising. Areas uncommonly bruised in typical children were also uncommonly bruised in the disabled children. Although increasing age and mobility clearly make a difference in the number of bruises a typically functioning child sustains, these factors are not relevant when evaluating bruises on a child with disabilities. Other factors such as muscle tone, cognition, and equipment should be considered when

		meaning they required maximal to total assistance in moving about (transfers to chair, toilet, bathtub, etc). <u>Einschlusskriterien:</u> • children and adolescents 4 to 20 years of age with physical and/or cognitive disabilities <u>Ausschlusskriterien:</u> • Children were excluded if they had a medical condition known to affect coagulation, or if they were on medications with anticoagulating effects. • Children were to be excluded from the study if the school's staff expressed concerns about abuse or if their observed injuries were suspicious of abuse.			found on the neck, ears, chin, anterior chest, or buttocks.	evaluating a child with significant disabilities who presents with bruises. Unlike our study subjects, the children in the comparison group from the Labbe´ and Caouette study were normally (or "typically") functioning children, and their physical inspection documented all skin injuries (not only bruises). *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Bei den Patientenkohorten der Studie und den Kindern der Vergleichsstudie handelt es sich um Kinder, bei denen kein Verdacht auf eine körperliche Misshandlung bestand, so dass die Ergebnisse als Umkehrschluss für Hinweise einer körperlichen Misshandlung zu werten sind. So zeigen die Daten der Studien, dass es Körperbereiche gibt, die keine Hämatome haben bei Kindern ohne Verdacht auf eine körperliche Misshandlung. Inwieweit Hilfsmittel für die Hämatome eine Rolle spielen, läßt sich nur bedingt aus der Studie ablesen.
EVIDENZLEVEL 2-						**STÄRKEN:** Objektive Untersuchung der Kinder durch zwei Untersuchende **SCHWÄCHEN:** Selection bias: unbekannt, ob untersuchte Gruppen in dem zu untersuchenden Faktor vergleichbar sind,Kohorte der Kinder mit Behinderung ist sehr heterogen und klein Selection; keine Konfidenzintervalle

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Harper, NS et al. (2014). Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. US	Retrospektive Kohortenstudie (secondary analysis)	Anzahl der Patienten: 980 von 2890 Kindern waren < 6 Monaten, davon erfüllten 254 die Kriterien (mindestens ein blauer Fleck) n= 254 children Alter der Patienten: <6 Monate Einschlusskriterien: • For this secondary analysis, index subjects from the ExSTRA study who were younger than 6 months old and who were coded as having bruises were the eligible subjects. • Children with a history of a fall were not excluded, because this history may be provided in cases of both accidental trauma and abuse. Ausschlusskriterien: • none	This was a prospectively planned secondary analysis of data from the Examining Siblings To Recognize Abuse (ExSTRA) research network. "Definite Inflicted Injury," were considered to represent a high perceived likelihood of abuse and scores of 1, "Definitely Not inflicted Injury," and 2, "No Concern for Inflicted Injury," were considered to represent a low perceived likelihood of abuse. This was a prospectively planned secondary analysis of an observational study of children <10 years (120 months) of age evaluated for possible physical abuse by 20 US child abuse teams. This analysis included infants <6 months of age with apparently isolated bruising who underwent diagnostic testing for additional injuries or bleeding disorders.	To determine the prevalence of additional injuries or bleeding disorders in a large population of young infants evaluated for abuse because of apparently isolated bruising.	• Among 2890 children, 33.9% (980/2890) were <6 months old, and 25.9% (254/980) of these had bruises identified. • Within this group, 57.5% (146/254) had apparently isolated bruises at presentation. Diagnostic: • Diagnostic testing for bleeding disorders was completed in 70.5% (103/146) of subjects. Testing was significantly more likely to be ordered for subjects with 2 or more bruises than for subjects with a single bruise (83.3% vs 46.0%, OR 5.87, 95% CI, 2.53-13.74). • Computed tomography (CT) and/or magnetic resonance imaging of the brain were completed in 91.1% (133/146) of subjects, of whom 27.4% (40/133) had a new injury identified. • Among the 146 subjects, SS was performed in 93.8% (137/146) with new fractures identified in 23.3% (34/137). • Hepatic transaminases were obtained in 63.0% (92/146) of subjects and were increased greater than 80 IU/L in 14. • Skeletal surveys identified new	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Infants younger than 6 months of age with bruising prompting subspecialty consultation for abuse have a high risk of additional serious injuries. Routine medical evaluation for young infants with bruises and concern for physical abuse should include physical examination, skeletal survey, neuroimaging, and abdominal injury screening. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Daten der Studie geben die Notwendigkeit für eine umfangreiche Untersuchung bei Kindern < 6 Monaten mit Verdacht auf Misshandlung wieder.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** Nutzung fundiertes Datenregister (ExSTRA); hohe Patientenanzahl **Schwächen:** Retrospektive Analyse Assessment; Konfidenzintervalle wurden nicht überprüft

					injury in 23.3% (34/146), neuroimaging identified new injury in 27,4%(40/146), and abdominal injury was identified in 2.7% (4/146). Overall, 50% (73/146) had at least one additional serious injury. • Although testing for bleeding disorders was performed in 70.5% (103/146), no bleeding disorders were identified. Ultimately, 50% (73/146) had a high perceived likelihood of abuse.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Jackson, J et al. (2015). Bruising in Children: Practice Patterns of Pediatric Hematologists and Child Abuse Pediatricians US	Non-analytic study (secondary analysis)	Anzahl der Patienten: Von 1853 wurden 927 Kinder dem CAP und 926 Kinder dem Hämatologen vorgestellt. Davon erfüllten 369 die Kriterien. n= 275 reffered to CAP n= 94 referred to Hematologist Einschlusskriterien: • children up to 18 years referred for bruising to Child Abuse Pediatrics (CAP) or Pediatric Hematology Ausschlusskriterien: • patients referred for other bleeding manifes-	Retrospective Datenanalyse und Vergleich der Diagnostik und Feststllung Diagnose Misshandlung und/oder Blutungsstörung durch den Kinderschutzarzt oder den Hämatologen. Diagnoses regarding child physical abuse and bleeding disorders in this study were based on the diagnosis documented from CAPs and pediatric hematologists.	We conducted a 3-year retrospective review of subjects referred for bruising to Child Abuse Pediatrics (CAP) or Pediatric Hematology to identify characteristics associated with referral to each specialty and to compare the diagnostic evaluations and diagnoses based on specialty.	• Of 369 subjects, 275 were referred to CAP and 94 to Hematology. • Clinical exam findings were similar in both groups. • Hematology referrals were significantly more likely to have laboratory evaluations. • Among those referred to CAP, 9.5% had head computed tomography scans and 27.3% had skeletal surveys. No children referred to Hematology had these imaging studies performed. Hematology never diagnosed child physical abuse, and CAP never diagnosed bleeding disorders. Pediatric hematologists and CAPs perform different evaluations and reach different diagnostic conclusions	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Pediatric hematologists and CAPs perform different radiographic and laboratory evaluations and reach different diagnostic conclusions in similar children with bruising. Careful consideration of referrals by medical and nonmedical specialists and, in some cases, collaborative evaluations by CAPs and pediatric hematologists may be warranted to improve care for this population. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie ist als retrospektive nichtanalytische Studie zu werten, die die Arbeits- und Vorgehensweisen, insbesondere in Bezug auf die Diagnostik von zwei Spezialisten (Kinderschutzarzt versus Hämatologe) darstellen. Die Ein- und Ausschlusskriterien ermöglichen

		tations (eg, menorrhagia, oral bleeding after dental surgery, intracranial hemorrhage), • patients with a preexisting hematologic Diagnosis • patients with other exam findings concerning for physical abuse (eg, intracranial hemorrhage, fractures, burns, patients with concerns of sexual abuse).			for similar patients with bruising.	zwar das Herausstellen einer Kohorte (Kinder mit blauen Flecken ohne Anhalt für weitere Verletzungen oder Gerinnungsstörungen). Allerdings lassen sich keine Schlüsse ziehen, inwieweit die eine oder auch die andere Diagnostik notwendig war oder zur Feststellung der Diagnose Misshandlung/Blutungsstörung führte. Entsprechend spiegelt die Studie die praktische Vorgehensweise zweier pädiatrischer Subspezialisten dar.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** klinische Relevanz, gut beschriebene Intervention **SCHWÄCHEN:** keine prospektive Studien, sondern retrospektive Studien
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2014). Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse UK	Retrospektive Kohortenstudie	<u>Anzahl der Patienten:</u> n= 518 • PA confirmed: n=350 • PA excluded: n=156 <u>Development stage:</u> • baby (137/502, 27,3%) • early mobile (75/502, 14,9%) • walking (290/502, 57,8%) <u>Age:</u> Mean (SD) age in months 20.8 (17.7)	The mode of presentation, number, anatomical distribution, size and appearance of bruises according to whether PA was confirmed or excluded. ORs with 95% CI were calculated where relevant	To describe the characteristics of bruising and mode of presentation of children referred to the paediatric child protection team with suspected physical abuse (PA), and the extent to which these differ between the children where abuse was confirmed and	• PA was confirmed in 350 children (69%) and excluded in 156 children; the rate varied from 84% when abuse was witnessed, admitted, alleged or where explanation for injury was absent or implausible, to 50% where there was a concerning history. • Significantly more children with PA had bruises (89.4%) than PA-excluded (69.9%) and had significantly more sites affected (p<0.001). • The odds of a PA child having bruising to: buttocks/genitalia (OR 10.9 (CI 2.6 to 46), left ear (OR 7.10 (CI 2.2 to 23.4), cheeks (Left (OR 5.20 (CI 2.5 to	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Features in the presenting history, the extent and pattern of bruising differed between children with confirmed PA and those where abuse was excluded. These findings can provide a deeper understanding of bruising sustained from PA. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie läßt aufgrund des Vergleiches von Kindern mit bestätigter körperlicher Misshandlung und ausgeschlossener Misshandlung eine Aussage, zu dem Verteilungsmuster von Hämatomen bei bestätigter Misshand-

		Gender: female: 41% male: 59% Einschlusskriterien: • children <6 years, suspected physical abuse (PA) Ausschlusskriterien: • cases, with medical cause (7), neglect (1) or Mongolian blue spot (4)		those where it was excluded.	10.7), Right OR 2.83 (CI 1.5 to 5.4)), neck (OR 3.77 (CI 1.3 to 10.9), trunk (back (OR 2.85 (CI 1.6 to 5.0) front (OR 4.74 (CI 2.2 to 10.2), front of thighs (OR2.48 (CI 1.4 to 4.5) or upper arms (OR 1.90 (CI 1.1 to 3.2) were significantly greater than in children with PA excluded. • Petechiae, linear or bruises with distinct pattern, bruises in clusters, additional injuries or a child known to social services for previous child abuse concerns were significantly more likely in PA.	lung zu. Die Lokalisation von misshandlungsbedingten Hämatomen war signifikant im Bereich von: Gesäß/Genitalien, linkes Ohr, Wangen links > rechts, Nacken, Rumpf (Rücken > Vorderseite), Vorderseite der Oberschenkel oder Oberarme.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Klar definierte Vergleichsgruppen **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENNBAR
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kemp, AM et al. (2015). Patterns of bruising in preschool children--a longitudinal study UK	Prospective longitudinal study	Anzahl der Patienten: n= 328 Development stage at recruitment: • 133 (41%) children were premobile • 43 (13%) early mobile • 152 (46%) walking Age: mean age 19 months Gender: female: 54% male: 46%	Prospective longitudinal study of children (<6 years) where bruises were recorded on a body chart, weekly for up to 12 weeks. The number and location of bruises were analysed according to development. Longitudinal analysis was performed using multilevel modelling.	This study aims to identify the prevalence and pattern of bruises in preschool children over time, and explore influential variables	• 3523 bruises recorded from 2570 data collections from 328 children • 6.7% of 1010 collections from premobile children had at least one bruise (2.2% of babies who could not roll over and 9.8% in those who could) compared with 45.6% of 478 early mobile and 78.8% of 1082 walking child collections. • The most common site affected in all groups was below the knees, followed by 'facial T' and head in premobile and early mobile. •The ears, neck, buttocks, genitalia and hands were rarely bruised (<1% of all collections). • None of gender, season or the level	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: These data should help clinicians understand the patterns of 'everyday bruising' and recognise children who have an unusual numbers or distribution of bruises who may need assessment for physical abuse or bleeding disorders. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Beobachtungsstudie bezieht sich auf „gesunde" Kinder ohne Verdacht/Feststellung einer Misshandlung und untersucht diese klinisch zur Dokumentation von Lage und Größe von Hämatomen und teilt die Kinder nach Bewegungsmöglichkeit in 3 Gruppen

		Einschlusskriterien: • children <6 years • children with family history of a hereditary bleeding disorder were included if coagulation testing had excluded the condition Ausschlusskriterien: • children with clinically documented motor disability, confirmed bleeding disorders or suspected child abuse			of social deprivation significantly influenced bruising patterns, although having a sibling increased the mean number of bruises. There was considerable variation in the number of bruises recorded between different children which increased with developmental stage and was greater than the variation between numbers of bruises in collections from the same child over time.	ein. Es lassen sich Aussagen treffen, inwieweit und wo Hämatome bei Kindern < 6 Jahre auftauchen können.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Kohorte, Intervention, Schlussfolgerung **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, SA et al. (2005). Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. UK	Systematic Review	Anzahl der Studien: • 161 potentially relevant texts n= 23 studies Charakteristika: • seven papers addressed patterns of bruising in non-abused children • 14 discussed bruising due to abuse • two papers compared both Einschlusskriterien: • Studies that defined	All language literature search 1951–October 2004. We used the ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts) 1987–2004, Caredata (1980–2004), Medline (1951–2004), Child Data (1958–2004), CINAHL (1982–2004), Embase (1980–2004), ISI Proceedings (1990– 2004), PsycInfo (1987–2004), Science Citation Index (1981–2004), SIGLE (1980–2004), Social Science Citation Index (1981–2004), and TRIP databases. The search strategy is described on the ADC website.	What patterns of bruising in childhood are diagnostic or suggestive of abuse?''	Twenty three studies included: seven non-abusive bruising, 14 abusive bruising, and two both. Bruising in non-abused children • The prevalence, number, and location of bruises is related to increased motor development. • Bruises were characteristically small. • The commonest sites of bruising in nonabused children who are walking are the knees and shins. • Bruising in non-independently mobile babies is very uncommon (<1%). Seventeen per cent of infants who are starting to mobilise, 53% of walkers, and the majority of schoolchil-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: When abuse is suspected, bruising must be assessed in the context of medical, social, and developmental history, the explanation given, and the patterns of non-abusive bruising. Bruises in, nonmobile infants, over soft tissue areas, that carry the imprint of an implement and multiple bruises of uniform shape are suggestive of abuse. Quality research across the whole spectrum of children is urgently needed. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Systemtisches Review mit dem Versuch "blaue Flecken" für

		patterns of bruising in non-abused or abused children <18 years. Ausschlusskriterien: • personal practice, review articles, single case reports • inadequate confirmation of abuse	Two independent full text reviews using standardised data extraction and critical appraisal forms. Studies ranked by study design and definition of abuse used.		dren have bruises. These are small, sustained over bony prominences, and found on the front of the body. Bruising in abused children • Bruising is common in children who are abused. • Any part of the body is vulnerable. Bruises are away from bony prominences; the commonest site is head and neck (particularly face) followed by the buttocks, trunk, and arms. Bruises are large, commonly multiple, and occur in clusters. • They are often associated with other injury types that may be older. Some bruises carry the imprint of the implement used.	die Kohorten misshandelte und nicht-misshandlete Kinder zu beschreiben.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** METHODISCH NACHVOLLZIEHBAR **SCHWÄCHEN:** Retrospektive Studien
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, SA & Mann, M. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates UK	Systematic Review	Anzahl der Studien • Having identified 6831 abstracts, following scanning this was reduced to 1495 abstracts, of which 167 underwent two independent reviews. n= 23 studies are included Type of study: • 3 case control studies • 5 cross-sectional stud-	An all language literature search was performed across 13 databases, 1951–2004, using >60 key words, supplemented by 'snowballing' techniques. Quality standards included a novel confirmation of abuse scale. Updates used expanded key words, and a higher standard for confirmation of abuse.	Regarding the ageing of bruises, and whether certain patterns of bruising are suggestive or diagnostic of child abuse.	This was roundly rejected when first reported, generating a wave of new studies attempting to determine a scientifically valid method to age bruises, none of which are applicable in children yet. Regarding patterns of bruising that may be suggestive or diagnostic of abuse, we included 23 of 167 studies reviewed in 2004, although only 2 were comparative studies. Included studies noted that unintentional bruises occur predominantly on	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Systematic Reviews of bruising challenged accepted wisdom regarding ageing of bruises, which had no scientific basis; stimulated higher quality research on patterns of bruises distinguishing abusive and non-abusive bruising patterns, and highlighted the benefits of regular updates of these reviews. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Bei diesem sytemtischen Review werden die Merkmale (Anzahl, Ausmaß und Lokalisation) von Hämatomen bei

		ies • 15 case series Inclusion criteria: • Studies that defined the pattern of bruising found in abused and non-abused children aged 0–18 years. • Studies with Criteria used to define abuse Exclusion criteria: • post-mortem studies, single case studies, reviews and expert opinion pieces • Studies of adults and children where the data relating to children could not be extracted.			the front of the body, over bony prominences and their presence is directly correlated to the child's level of independent mobility. Bruising patterns in abused children, differed in location (most common site being face, neck, ear, head, trunk, buttocks, arms), and tended to be larger. Disabled children: Only two studies. We also highlighted that there was not a single study of bruising patterns in disabled children, which was a significant gap, given their increased vulnerability to abuse.	körperlicher Misshandlung gut benannt. Es wird auf Altersgruppen und auch auf Kinder mit besonderen Bedürfnissen eingegangen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE Ein- und Ausschlusskriterien, transparente Aufarbeitung der Ergebnisse **SCHWÄCHEN:** Fallserien; Retrospektive Analysen
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Thorpe, EL et al. (2014). Missed opportunities to diagnose child physical abuse. US	Retrospective cohort study	Anzahl der Patienten: n= 77 Age: Median age at time of abuse diagnosis was 3.9 months Einschlusskriterien: • children who had healing fracture diagnosed on skeletal survey	This is a retrospective descriptive study of a 7-year consecutive sample of children diagnosed with child abuse at a single children's hospital. We further collected data for the medical visit that lead to the diagnosis of child abuse and any previous medical visits that the subjects had during the 6 months preceding the diagnosis	This study aimed to determine the incidence of missed opportunities to diagnose abuse in a cohort of children with healing abusive fractures and to identify patterns present during previous medical	• 37/77 (48%) of the subjects had at least 1 previous visit. • 25/77 (33%) of the subjects had at least 1 missed previous visit • Multiple missed previous visits for the same symptoms were recorded in 7 (25%) of these patients. •The most common reason for presentation at missed previous visit was a physical examination sign suggestive of trauma (ie, bruising, swelling).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: In summary, our study found that nearly one third of children with abusive healing fractures had at least 1 previous visit in a variety of clinical settings, which may have been a missed opportunity to diagnose abuse. The most common reason for presentation at these previous visits was a "sign suggestive of trauma," specifically bruising or swelling. Our study adds to the

		and a diagnosis of child abuse <u>Ausschlusskriterien:</u> • children without healing fracture • children without confirmed abuse	of abuse. All previous visits were classified as either a potential missed opportunity to diagnose abuse or as an unrelated previous visit, and the differences were analyzed.	visits, which could lead to an earlier diagnosis of abuse	• Missed previous visits occurred across all care settings.	growing literature indicating that premobile infants with bruising and swelling should be carefully evaluated for physical abuse. Although abuse may be difficult to recognize in the patient with nonspecific symptoms such as vomiting, our data support previous literature demonstrating that physical abuse should remain on the differential, particularly in those with multiple visits. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Beobachtungsstudie läßt Rückschlüsse auf die vorherige Anamnese bei Kindern mit bestätigter Misshandlung zu. Inwieweit die aufgefallenen Befunde der körperlichen Untersuchung auf eine Kindesmisshandlung geprüft wurde, ist der Studie nicht zu entnehmen, bzw. warum ein Hämatom nicht als körperliche Misshandlung gewertet werden konnte, zumal das mittlere Alter der Patienten < 6 Monate ist.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** gute Ein- und Ausschlusskriterien **SCHWÄCHEN:** Retrospektive Analyse

Informationsaustausch bei psychischer Belastung der Mutter						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Austin, MP. (2003). Perinatal mental health: Opportunities and challenges for psychiatry. Australia	Narrative Review	Not applicable Women with mental health problems in the perinatal period	Review conducted by a perinatal psychiatrist who leads a mother-baby unit.	Perinatal mental health	Within mental health itself, a comprehensive approach to perinatal mental health care is the exception rather than the rule. The main obstacle is conceptual because many adult psychiatrists in particular continue to consider the mental health outcomes of their patients to be separate to that of the infant when they are, in fact, closely linked. Conversely, while the quality of mother–infant attachment is a key priority in the child and family psychiatry setting, women with serious mental illness tend to be referred back to the adult psychiatry setting where the infant perspective is lost. Intensive collaboration with key primary health-care providers, particularly midwifery antenatally and CFHNs and GPs postnatally, is also essential because the bulk of perinatal mental health problems will initially present in the primary health-care setting. This will include support and supervision of midwives and CFHNs in the assessment and identification of depression and psychosocially vulnerable families perinatally. There is a need, however, to further integrate child and adult psychiatry	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* It is clear that 'perinatal mental health' needs to inform psychiatric practice. Given that most families will present perinatally in the adult setting, there seems to be a strong case for training psychiatrists in the skills required for managing mother, father and infant in an integrated fashion. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt auf Depressionen, andere psychische Erkrankungen werden nicht speziell diskutiert. Mutter-Kind-Bindung ist eng mit der psychischen Gesundheit der Mutter verbunden. Psychiater, die erwachsene Patienten behandeln, sollten die Perspektive des Kindes berücksichtigen. Dieser Vorschlag ist auch im deutschen Versorgungssystem relevant.
Evidenzlevel 4						**Stärken:** Review conducted by clinician. Practice considered in the review. **Schwächen:** Der Schwerpunkt dieses Artikels liegt nur auf Depressionen

					perspectives at the registrar training level with the development of appropriate clinical attachments and supervision for senior registrars with an interest in perinatal psychiatry.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Austin MP et al. (2017). Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence. Australia	Guideline (Evidence based)	Not reported The main inclusion/exclusion criteria for each of the research question types were as follows: <u>Psychosocial assessment and screening:</u> • Target population – all pregnant or postnatal women (psychosocial assessment), or pregnant or postnatal women with no known diagnosis of depression or anxiety (screening) • Study design – prospective, controlled studies reporting predictive accuracy (psychosocial assessment) or diagnostic accuracy (screening) • Comparisons – subsequent manifestation of mental health issues	Searches were conducted in the MEDLINE, Embase and PsychINFO databases, and also in CINAHL for psychosocial assessment and screening (via the OVID and/or Embase.com interfaces), various databases of the Cochrane Library, and included examination of the reference lists of included SRs and individual studies. Searches were conducted between June 2016 and April 2017 As groups of evidence reviews were completed they were considered by the Guideline Expert Working Group (EWG) and the relevant Expert Committee(s) as appropriate. General discussion of the interpretation and implications of the review findings were discussed, and then Evidence Based Recommendations developed once consensus was reached. The strength of the evidence based	Screening and assessment of perinatal mental health Effectiveness of perinatal mental health interventions Harms of perinatal mental health interventions.	The guideline has two main topics: Screening and assessment and Prevention and treatment <u>Relevant Recommendations/Practice points:</u> g. Assess the risk of harm to the infant if significant difficulties are observed with the mother-infant interaction, the woman discloses that she is having thoughts of harming her infant and/or there is concern about the mother's mental health. (PP) i. At every antenatal or postnatal visit, enquire about the woman's emotional wellbeing. (PP) m. For women with schizophrenia, bipolar disorder or borderline personality disorder, a multidisciplinary team approach to care in the perinatal period is essential, with clear communication, advance care planning, a written plan, and continuity of care across different clinical settings. (PP) n. Wherever possible, assessment, care and treatment of the mother	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Unterstützungsplanung für eine Frau mit einer psychischen Erkrankung beginnt idealerweise vor der Empfängnis; erfordert eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit; und legt einen besonderen Fokus auf die Kontinuität der Versorgung in den verschiedenen Gesundheits- und anderen Unterstützungsbereichen. Interventionen zur Unterstützung von Frauen mit psychischen Gesundheitsproblemen in der perinatalen Phase reichen von psychosozialer Unterstützung über strukturierte und systematische psychologische Interventionen bis hin zu pharmakologischer Behandlung, abhängig von der Schwere der Symptome oder des Zustands einer Frau. Die Interventionen werden gemeinsam mit der Frau und auf der Grundlage einer Risiko-Nutzen-Analyse entschieden, die den Nutzen für die Frau und den Fötus oder das Neugeborene im Vergleich zum Gefährdungspotenzial berücksichtigt. Bei der Beurteilung einer Frau mit. Suizidgefahr sollte untersucht werden,

		(psychosocial assessment), or any standard clinical/diagnostic interview as a reference standard (screening) • Language – limited to English <u>Effectiveness of interventions:</u> • Target population – pregnant or postnatal women diagnosed with a mental health problem, or considered to be at risk of developing a mental health problem. • Study design – SRs of RCTs, or individual RCTs if no SR or SR out of date • Interventions – Psychosocial, psychological, pharmacological, complementary or physical therapies used to treat or prevent mental health problems in pregnant or postnatal women • Comparisons – no treatment/placebo/treatment as usual or active treatment • Language – limited to English	recommendations (EBRs) was agreed at this point. Once a group of related EBRs and consensus based recommendations was developed, the EWG then deliberated on the need for Practice Points (PP) to highlight important aspects of care. An explicit link has been made between the evidence and the recommendations arising from that evidence. In circumstances where evidence was sought and not found, or where evidence was relied on from other populations (e.g. a general depressed population, not a perinatal depressed population) then Consensus Based Recommendations were developed. Aspects of care that were not within scope of the evidence reviews are then captured in Practice Points.		should include the baby.(PP) w. Wherever possible, assessment, care and treatment of the mother should include the baby. When caring for mothers with severe mental illness, including borderline personality disorder, it is important to ensure that child protection risks are understood and addressed, if necessary. (PP) xv. If a mother with a severe postnatal episode requires hospital admission, avoid separation from her infant with co-admission to a specialist mother-baby unit where facilities are available and appropriate. (PP)	ob sie in der Lage ist, sich um das Kind zu kümmern, und sich Gedanken darüber macht, ob sie dem Säugling Schaden zufügen könnte. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Methodisch stark. Die Leitlinie unterscheidet und weist deutlich die Empfehlungen aus, die auf Evidenz basieren (sowie die Stärke der Evidenz) und konsensbasiert sind. Ferner werden „Praxispunkte“ für Kliniker angeboten. Screening-Tools für die Einschätzung der Mütter sind in der Leitlinie enthalten.
EVIDENZLEVEL (BEWERTUNG NACH AGREE II): 96%						**STÄRKEN:** Methodisch stark. Die Leitlinie unterscheidet und weist deutlich die Empfehlungen aus, die auf Evidenz basieren (sowie die Stärke der Evidenz) und konsensbasiert sind. Lesebarkeit ist hoch **SCHWÄCHEN:** Eingeschränkte externe Begutachtung.

		Harms of interventions: • Target population – pregnant or postnatal women diagnosed with a mental health problem, or considered to be at risk of developing a mental health problem, or a fetus, infant or child of a mother exposed to a pharmacological, complementary or physical therapy • Study design – SRs of RCTs (if available), SRs of observational studies, or individual observational studies if no SR or SR out of date or unsuitable • Comparisons – no treatment/exposure or active treatment • Language – limited to English				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Brockington, I et al. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of	Narrative Review	Not applicable Children of persons with severe mental disorders	Guidance from the World Psychiatric Association	Childhood wellbeing	When a woman with severe mental illness becomes pregnant, communication between mental health and obstetric teams, and other relevant services, is essential. If distance and resources allow, a multidisciplinary pre-birth planning meeting should be convened as soon as possible, to	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffend, ob von Verwaltungsseite oder gesetzgebenden Organisationen, sollte das Wohl des Kindes im Vordergrund stehen. Ziel ist nicht der unbedingte Erhalt der Familie, sondern das

persons with severe mental disorders. UK					share information and coordinate management. The reason for urgency is that the interval between the diagnosis of pregnancy (which may be delayed) and birth (which may be premature) can be short. The meeting should include the general medical practitioner, a representative from the obstetric team, members of the mental health team, and (if possible) the expectant mother herself. It is helpful to include the patient's husband (or father of the child) and a member of the wider family. There are many issues to be addressed: pharmaceutical treatment, antenatal care, early signs of a relapse, the management of the puerperium and the care of the infant. It is essential that the mental health team is alerted as soon as the mother goes into labour. She will need extra support in child rearing, and the child protection team may need to be involved. Referral to a specialist psychiatric service for pregnant and puerperal women may be feasible. Similar pre-conception planning can also be recommended when a man or woman with mental illness is considering starting a family. The UN Convention on the Rights of the Child (1) states that nations should provide preventive health care	Hauptoutcome ist das Wohlergehen des Kindes, selbst wenn die Trennung die elterliche psychische Erkrankung verschlimmert. In der klinischen Praxis ist multidisziplinäre Teamarbeit mit Fokus auf die Eltern, auf das Kind und auf den sozialen und familiären Kontext des Lebens des Kindes optimal. Die Bedürfnisse von Kindern von Eltern mit schweren psychischen Erkrankungen umzusetzen, erfordert einen Ausbau von Diensten für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (zusätzlich zu Verbesserungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Unterstützung von Familien durch die Gemeinschaft und der Zusammenarbeit mit Kinderschutzbehörden). *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Focuses on the health outcomes of children of persons with mental illnesses with reference the UN Convention on the Rights of the Child.. Child protection is discussed in regards to Munchausen's By Proxy, i.e. that the parents have a mental illness and this is the cause of the maltreatment. Some suggested recommendations are feasible in a German setting.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** International collaboration to form the guidance/expert opinion. **SCHWÄCHEN:** Latest developments not discussed due to age of manuscript.

					and guidance for parents. Current practice in adult psychiatry falls far short of this requirement. The status, or even the existence, of children is often not noted. Psychiatrists must be aware that many patients are parents, and that their children are at increased risk of psychological problems. Clinicians must adapt the standard psychiatric history to include questions about parenting, marriage and family life. These must be included in mainstream training programmes for mental health professionals. We suggest, as a preliminary probe, "Are you looking after a child?", followed by "How are you managing as a parent?" or "Do you have any worries about the care you can provide for (name of child)?". In those with childcare responsibilities, there should be a brief parenting assessment, as outlined in Table 1. This takes some time, but sets the stage for family support and interventions. Brief parenting assessment for patients with childcare responsibilities A. Evidence that all the children's needs are being met. B. If there are problems, further exploration of: - The quality of the relationship - Family violence	

					- Disrupted schooling - Other problems, such as neglect of safety or health, overprotection or children taking on a parental role Children's emotional disorders or disturbed behaviour Sources of alternative care. C. Available supports – the other parent, the extended family, school, neighbours, non-governmental agencies or health care services.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Brockington I et al. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice Arch Womens Ment Health (2017) UK & 32 other countries.	Experten-meinung	Not applicable Women with mental health illnesses during the perinatal period.	Expert opinion from 68 authors from 33 countries. Drafts were circulated for criticism by those included in the authorship, resulting in a consensus (finalised by the three principal authors), providing a framework to guide service provision, clinical practice and research. The full list of authors, from 33 nations, is given in the postscript. They include mother-infant (or parent-infant) and perinatal adult or child psychiatrists and those with a special interest; mother-infant, perinatal and forensic psychologists; psychiatric nurses; the founders of Postpartum Support International and the Association for Postnatal Illness; representatives of social work and obstet-	Perinatal mental health	If a mother with a severe mental disorder becomes pregnant, a multidisciplinary planning meeting should be convened as soon as possible, to share information and coordinate management. The reason for urgency is that the interval between diagnosis of pregnancy (which may be delayed) and birth (with may be premature) can be short. Themeeting should include all those involved in treatment, which will vary from country to country: the full list includes the general practitioner, a representative of the obstetric and mental health teams, (if appropriate) a social worker and (if possible) the expectant mother and family members.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Gesundheitsdienstleister für psychisch Kranke, die mit der Schwangeren und Müttern von Neugeborenen in Verbindung stehen, tragen die gleiche Verantwortung für das Kind. Das Identifizieren von Eltern und Kleinkindern, die in der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt gefährdet sind, bietet die Möglichkeiten für eine primäre und sekundäre Prävention elterlicher psychischer Erkrankungen und anderen negativen Auswirkungen für die Entwicklung von Kindern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gutachten von über 60 Autoren, die das Themengebiet der Psychiatrie und Psychologie in der Schwangerschaft und Mutterschaft diskutieren. Die Autoren sehen die Notwendigkeit einer perinatalen psychischen Gesundheit, um Eltern und Kleinkinder zu identifi-

			rics and the management of these services, and research scientists working in the field.			zieren, die während der Schwangerschaft und in der postpartalen Phase gefährdet sind. Die Arbeit bezieht sich nicht auf die Prävention von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung. Ein ganzheitlicher Ansatz für die Gesundheit von Mutter und Kind wird diskutiert. Einige Vorschläge, die in dem Artikel gemacht wurden, sind für das deutsche Versorgungssystem geeignet.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Short, comprehensive summary of mother-infant mental health written by top clinicians and researchers in the field from 33 caountires. Up-to-date. **SCHWÄCHEN:** Informal guideline for general mother-infant mental health, child protection is not discussed in depth
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kölch, M. (2009). Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. Deutschland	Narrative Review	Not applicable Kinder psychisch kranke Eltern	Eine Übersicht der Literatur	Wohl des Kindes und der Eltern	Die öffentliche Jugendhilfe und über sie getragene Maßnahmen sind bei psychisch kranken Eltern eher unpopulär und mit Ängsten besetzt. Die Hälfte der psychisch kranken Eltern vermeidet aktiv einen Kontakt. Dagegen scheinen Hilfen nach SGB V weniger negativ besetzt zu sein, sie werden jedoch – wie auch die Maßnahmen nach SGB VIII – insgesamt selten nachgesucht. Ängste vor einem	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Neuere Untersuchungen verdeutlichen zudem, dass die Problematik und die mit der Elternschaft und der Versorgung der Kinder für psychisch Kranke verbundenen Konflikte immer noch kaum im Bewusstsein der behandelnden Psychiater verankert sind. Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und

					Verlust der elterlichen Sorge dominieren als Grund für die Vermeidung von Hilfen über das Jugendamt, aber auch das subjektiv empfundene soziale Stigma im Umfeld hindert Eltern daran, um Hilfe beim Jugendamt nachzusuchen. Diejenigen, die Kontakt zum Jugendamt hatten, erlebten diesen Kontakt wenig positiv. Die Identifikation von psychisch kranken Patienten mit Kindern ist dazu ein erster Schritt, als zweiter sollte möglichst frühzeitig eine Risikoabschätzung hinsichtlich der Belastung der Kinder erfolgen. Dies kann durch ein verstärktes Bewusstsein der ambulant tätigen Psychiater (wie auch der stationär tätigen) gelingen. Allerdings gibt es eine Vielzahl weiterer Stellen, die im Kontakt mit psychisch Kranken stehen, von psychosozialen und Suchtberatungsstellen bis hin zu den Arbeitsagenturen, die psychisch Kranke betreuen. Auch in diesen Institutionen müssen ein verstärktes Bewusstsein für das Problem, aber auch Handlungsleitlinien geschaffen werden. Eine Standardisierung in der Erhebung, etwa mittels leicht einsetzbarer Screenings (z.B. Fragebögen), besitzt eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, dass überhaupt an die Problematik gedacht wird – über das	Jugendhilfe ist inzwischen üblich und der Regelfall, wenn sich auch immer wieder Probleme in der Ausgestaltung ergeben können (Meysen 2008). Diese Zusammenarbeit hat dazu geführt, dass in einer Wechselwirkung die Stigmata der Institutionen und die Vorurteile ihnen gegenüber verringert wurden und die Professionen von der jeweiligen Expertise des anderen zum Wohle der Kinder profitieren.6 Ein ähnlicher Prozess wäre für die Population Kinder psychisch Kranker zwischen den drei Professionen zu wünschen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Exertenmeinung, die allerdings auf einer Stichtagserhebung von Eltern mit minderjährigen Kindern (n=104) in Süddeutschland beruht. Die Rückschlüsse und bewertungen sind nachvollziehbar und passen zur Thema.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Exertenmeinung, die allerdings auf einer Stichtagserhebung von **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKANNBAR

					individuelle Engagement des einzelnen Mitarbeiters hinaus. Screenings haben unter anderem zum Ziel zu identifizieren, ob Kinder vorhanden sind und ob diese Auffälligkeiten, Belastungen o.ä. aufweisen und wenn ja, welcher Art. So können der individuelle Hilfebedarf und mögliche Interventionsnotwendigkeiten abgeschätzt werden.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
National Insitute for Health and Care Excellence (NICE) 2017. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance UK	Guideline (Evidence Based)	<u>Case identification and Assessment:</u> 9897 articles found 72 included in analysis <u>Patient Care:</u> 189 eligible for full-text retrieval 39 included in review <u>Search filters and language restrictions:</u> • systematic reviews, randomized controlled trials, qualitative studies, surveys and observational studies • Foreign language papers were not requested or reviewed, unless they were of particular importance to a review	<u>Scoping Search</u> A broad preliminary search of the literature was undertaken in March 2013 to obtain an overview of the issues likely to be covered by the scope, and to help define key areas. Searches were restricted to clinical guidelines, Health Technology Assessment (HTA) reports, key systematic reviews and RCTs. <u>Systematic literature search</u> After the scope was finalised, a systematic search strategy was developed to locate as much relevant evidence as possible. The balance between sensitivity (the power to identify all studies on a particular topic) and specificity (the ability to exclude irrelevant studies from the results) was carefully consid-	<u>Case identification and assessment</u> • brief screening instruments (< 12 items) which assess for mental health problems in women who are pregnant or in the postnatal period, Sensitivity, Specificity, Positive/Negative predictive value <u>Patient Care</u> Service user: Engagement, acceptability and uptake of services, Retention, Quality of Life, Satisfaction	There are 9 main themes in this guideline: Considerations for women of childbearing potential; Principles of care in pregnancy and the postnatal period; Treatment decisions, advice and monitoring for women who are planning a pregnancy, pregnant or in the postnatal period; Recognising mental health problems in pregnancy and the postnatal period and referral; Assessment and care planning in pregnancy and the postnatal period; Providing interventions in pregnancy and the postnatal period; Treating specific mental health problems in pregnancy and the postnatal period; Considerations for women and their babies in the postnatal period; The organisation of services <u>Relevant recommendations</u>	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: The optimisation of psychological wellbeing, as opposed to the management of mental health problems, is not covered in this guideline; however, the importance of this is implicit. Much of the guideline is concerned with the balancing of the risks and benefits of treatment at a particularly critical time in the lives of women, the fetus/baby, and their families. The guideline draws on the best available evidence. However, there are significant limitations to the evidence base. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die in der Leitlinie verwendeten Methodik ist gut. Leider sind die Anzahl der Gutachter und die Anzahl der gefundenen Studien nicht aufgeführt. Die eingeschlossenen Studien sind aufgelistet.

		question. • Qualitative studies and surveys were limited to the last 15 years <u>Inclusion criteria for economic studies:</u> • Only studies from Organisation for Economic Co-operation and Development Countries were included, as the aim of the review was to identify economic information transferable to the UK context. • Only English language papers were considered. • Studies published from 2006 onwards were included. This date restriction was imposed to obtain data relevant to current healthcare settings and costs. • Selection criteria based on types of clinical conditions and service users as well as interventions assessed were identical to the clinical literature review. • Studies were included provided that sufficient details regarding methods and results were	ered, and a decision made to utilise a broad approach to searching to maximise retrieval of evidence to all parts of the guideline. Searches were restricted to certain study designs if specified in the review protocol, and conducted in the following databases: • Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) • Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) • Cochrane Database of RCTs and other controlled trials (CENTRAL) • Embase (Excerpta Medica Database) • Health Management Information Consortium (HMIC) • HTA database • Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/MEDLINE In-Process) • Psychological Information Database (PsycINFO).		1.3.5 Develop an integrated care plan for a woman with a mental health problem in pregnancy and the postnatal period that sets out: • the care and treatment for the mental health problem • the roles of all healthcare professionals, including who is responsible for: • coordinating the integrated care plan • the schedule of monitoring • providing the interventions and agreeing the outcomes with the woman. 1.3.6 The healthcare professional responsible for coordinating the integrated care plan should ensure that: • everyone involved in a woman's care is aware of their responsibilities • there is effective sharing of information with all services involved and with the woman herself • mental health (including mental wellbeing) is taken into account as part of all care plans • all interventions for mental health problems are delivered in a timely manner, taking into account the stage of the pregnancy or age of the baby 1.5.2 All healthcare professionals referring a woman to a maternity service should ensure that communi-	Methoden, die beschreiben, wie Empfehlungen in Abwesenheit von Evidenz entwickelt wurden, beschreiben leider nicht explizit, welche Empfehlungen durch Literatur unterstützt werden (und wie stark die Evidenz ist) oder welche Empfehlungen in Abwesenheit von Evidenz entwickelt wurden (Konsens basierte Empfehlungen). Die relevanten Empfehlungen gelten im Gesundheitswesen in Deutschland.
EVIDENZLEVEL (BEWERTUNG NACH AGREE II): 80%						**STÄRKEN:** Klare Ziel- und Patientengruppe. Alle relevanten Berufsgruppen wurden einbezogen und die Methoden der Literaturrecherche klar beschrieben. **SCHWÄCHEN:** Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden nicht eindeutig beschrieben. Vorschläge und benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen, werden nicht eindeutig benannt.

		available to enable the methodological quality of the study to be assessed, and provided that the study's data and results were extractable. Poster presentations, abstracts, dissertations, commentaries and discussion publications were excluded. • Full economic evaluations that compared two or more relevant interventions and considered both costs and consequences, as well as costing analyses comparing only costs between two or more interventions, were included in the review. • Economic studies were included if they used clinical effectiveness data from an RCT, a prospective cohort study, or a systematic review and meta-analysis of clinical studies. Studies that had a mirror-image or other retrospective design were excluded from the review. Also, studies that utilised clinical	Die Evidenz der Studien wurde nach GRADE bewertet. In the absence of appropriately designed, high-quality research (including indirect evidence where it would be appropriate to use extrapolation), an informal consensus process was adopted. The process involved a member of the Guideline Development Group (GDG) or review team drafting a statement about what is known about the issue based on expert opinion from existing narrative reviews. The statement was circulated to the GDG and used as the basis of a group discussion.		cations with that service (including those relating to initial referral) share information on any past and present mental health problem 1.5.9 At a woman's first contact with services in pregnancy and the postnatal period, ask about: • any past or present severe mental illness • past or present treatment by a specialist mental health service, including inpatient care • any severe perinatal mental illness in a first degree relative (mother, sister or daughter). 1.10.1 Women who need inpatient care for a mental health problem within 12 months of childbirth should normally be admitted to a specialist mother and baby unit, unless there are specific reasons for not doing so.	

		effectiveness parameters based mainly on expert opinion or assumptions were excluded from the review. • Studies were included only if the examined interventions and populations under consideration were clearly described.				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Schofield, Z & Sisodia, N. (2014). An obstetrician's guide to perinatal psychiatry. In: Obstetrics, Gynaecology and UK	Case Series	Women in the perinatal period with mental illnesses	Role of the obstretrician in detecting and managing women with mental illness in the perinatal period (pregnancy until 1 year after birth)	Detection and management of maternal mental illness in the perinatal period	The curriculum for the RCOG for maternal and fetal medicine states that all trainees in obstetrics need to develop clinical competencies in taking an appropriate history for women with psychiatric illness including past psychiatric history, drug history and risk factors. Identifying women with a past psychiatric history should also be done by midwives using the screening questions at the booking appointment. In addition, in the antenatal clinic the obstetrician will need to illicit questions about past psychiatric history, when relevant focusing on past diagnosis, whether the patient has been managed in primary or secondary care, whether the patient is currently open to mental health services and any medication taken at any point during pregnancy. Women who lack insight	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Proactive planning with liaison between all healthcare professionals involved in the care of women with serious mental illness in pregnancy, or at high risk of serious mental illness in the post-partum period, is vital. Liaison between obstetricians, midwives and psychiatrists is vital for women with serious mental illness or a history of serious mental illness. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Example of four cases and discussion of these cases with relevance to the role of the obstetrician identification of women who require mental health intervention, risk of post-partum relapse, post-partum psychosis and the mangement of pregnant women with mental illnesses, including referral to

					into their pre-existing serious mental illness may not be concordant with medication, but will usually attend antenatal appointments, so the obstetrician is able to ensure appropriate liaison with psychiatric services occurs. Regarding risk factors, in addition to identifying risk to self and risk to others, risk to the baby needs to be considered. The first role of an obstetrician in relation to managing mental illness in pregnancy is to take an appropriate history and identify women with mental health difficulties. Following this, the obstetrician needs to liaise with appropriate healthcare professionals. In most cases, mild mental health difficulties will be managed in Primary Care using psychosocial interventions. If the case appears to be mild in degree, then a letter to the GP asking the GP to consider how the mental health difficulty is best managed would be appropriate. If, however, it is not clear whether the difficulty is mild or more serious, it is entirely reasonable to refer to secondary mental health services. Mental Health Services vary from area to area, so you will need to establish how to make a referral in your area. In some areas of the country there are specialist Perinatal Psychiatry services; some of these are just	social services. Obstetricians, midwives and mental health professionals should commnunicate when they are treating a woman in the perinatal period with a high risk of r a severe mental illness. **STÄRKEN:** Case series used to illustrate the role of obstetrician and pyschiatrist in managing seriuos mental health illness in the perinatal period**.** **SCHWÄCHEN:** limited information provided about the date and location of the cases in the series.

					community teams, others maintain an in-patient mother and baby unit, and some offer both community services and a mother and baby unit. When specialist services are available, refer directly to that team. Women identified with mental health difficulties need to continue to receive the appropriate antenatal care, remembering that people with severe and enduring mental illnesses have a higher rate of physical morbidity. Written communication as well as verbal communication needs to occur between obstetricians, midwives and psychiatrists for those women who are also seen in psychiatric services.	

Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern*						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Bruns, EJ et al. (2012). Effects of a Multidisciplinary Family Treatment Drug Court on Child and Family Outcomes: Results of a Quasi-Experimental Study. USA.	Quasi experimentelle Studie ohne Randomisierung	Interventionsgruppe: •FTDC*-Teilnehmer: n=76 von 152 •FTDC*-Kinder: n=65 •Durchschnittsalter der Kinder war 2.9 Jahre (SD = 4.2) Kontrollgruppe: • Nicht-FTDC*-Teilnehmer: n= 76 von 258 • Nicht-FTDC*-Kinder: n=76 • Durchschnittsalter der Kinder war 3.3 Jahre (SD = 4.5) Einschlusskriterien für die Eltern: • müssen die Teil- oder volle Sorge für ein Kind haben • sind substanzabhängig und bereit für eine Behandlung • mindestens 18 Jahre alt • stimmen einem Informationsaustausch aller Beteiligten zu • freiwillige Teilnahme	Vergleich zweier Gruppen von suchtkranken Eltern mit Kindern, wobei die Interventionsgruppe vom FTDC* begleitet wird. Die Daten entstammen der Verwaltung des FTDC, der Kinderfürsorge und der öffentlichen Substanzbehandlungsdienste. Das follow-up reichte von 1 bis 3 Jahren. Intervention – FTDC*-Merkmale: • ein multidisziplinäres Team (Vertreter der Justiz, der Kinderfürsorge, der Behandlungssysteme sowie anderer Fachleute, die mit den Eltern und / oder dem Kind arbeiten) • Ein Richter, der aktiv in den Fall involviert ist • regelmäßige Harnuntersuchungen (UA) • regelmäßige Gerichtsverhandlungen mit vorheriger multiprofessioneller Teamsitzung • Anwendung abgestufter Anreize und Sanktionen • Einsatz zusätzlicher neutraler Personen für die Rekrutierung und die Vermittlung der Behandlung der Eltern und für die	Auswirkungen des FTDC* auf 1) die Behandlung der elterlichen Suchterkrankung 2) die Unterbringung und Fürsorge der Kinder	Ergebnisse für FTDC*-Eltern: • hatten mehr Wiederholungs- und Bewegungsanhörungen • nahmen häufiger an der Behandlung teil, erhielten die Behandlung früher, eine erfolgreiche Beendigung der Behandlung war wahrscheinlicher Ergebnisse für FTDC*-Kinder: • verbrachten wesentlich weniger Zeit außer Haus, Fremdunterbringung wurde früher beendet, kehrten eher in die elterliche Fürsorge zurück • Kinder mit Eltern in FTDC* wurden 1,9-mal häufiger nach Hause zurückgeschickt Es gab keinen Unterschied in der Anzahl der primären und später durchgeführten Kinderschutzuntersuchungen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Obwohl das FTDC-Modell noch keiner randomisierten Studie unterzogen wurde, unterstützen die Ergebnisse, dass ein FTDC, das eine ganze Reihe vorgeschriebener Programmkomponenten umfasst, positive Ergebnisse für die Behandlung und die Kinder erzielen kann. Es gibt immer noch Lücken in der Forschung zu FTDC, insbesondere im Hinblick auf das Verständnis welche Mechanismen für die Wirksamkeit verantwortlich sind und wie lange diese anhalten bei diesem innovativen Modell. Es gilt zukünftig eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen und zu definieren, welche Familien für dieses Modell in Frage kommen. Darüber sind Fragen für die Familie, die an dem Modell teilnehmen zu klären, wie sich die Teilnahme auf ihre Lebensqualität, den Zusammenhalt der Familie und ihre Gesundheit auswirkt. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie stellt die Aspekte der notwendigen Versorgungsstruktur von Eltern mit Suchtbelastung und der Kindeswohlgefährdung ihrer Kinder gut dar und beschreibt das System der Family treatment drug courts gut. In

		und Zustimmung zu einem intensiveren Gerichtsprozess (Dauer ca. 12-24 Monate) <u>Ausschlusskriterien:</u> • bestätigte Diagnose für Misshandlung/ sexueller Missbrauch	Termingestaltung der Gerichtsverhandlungen <u>Merkmale der Vergleichsgruppe (Nicht-FTDC*):</u> • Teilnahme an Gerichtsverfahren für Abhängigkeiten und Anhörungen • begrenztere Unterstützung für alle Dienste und Fallmanagement • der Richter erhält keine Vorinformationen vor den Anhörungen und Gerichtsverfahren • Die justizielle Überwachung ist weniger aktiv und Gerichtsverhandlungen, insbesondere Anhörungen, sind viel seltener			der Diskussion und Bewertung ihrer eigenen Ergebnisse werden die Bias und Grenzen der Studie gut dargestellt. Die Motivation des Suchtkranken in Gesamtkonzept wird beschrieben und die Ergebnisse befürworten eine multiprofessionelle Arbeit von Familien mit Suchterkrankung und unterstreichen die Kooperation von Systemen bei dieser Problematik Eine Übertragung der Ergebnisse, bezogen auf Strukturen in Deutschland ist möglich.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Gute Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppe. **SCHWÄCHEN:** Selection bias wahrscheinlich, da keine Randomisierung. Attrition bias möglich: unbekannt,ob Teilnehmende, die aus der Studie ausgetreten sind, bei der Analyse berücksichtigt wurden.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Green, BL et al. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare.	Qualitative Studie (Interviews)	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> n= 104 • 46 aus Child Welfare System (CWS) (44%) • 44 Behandlungssystem Sucht (42%) • 14 Familiengericht (14%)	Zwei Jahre nach Einführung der Adoption and Safe Families Act (ASFA) wurden Daten von Repräsentanten aus den Bereich des CWS, Familiengericht und der Suchthilfe zum Thema Familien mit elterlichen Substanzmissbrauch anhand von halbstrukturierten offenen Interviews zusam-	Verständnisgewinn für die Zusammenarbeit und Implikationen für die Entwicklung effektiver Systeme bei Familien mit elterlichen Suchtmittelmissbrauch:	• Zusammenarbeit funktioniert aufgrund von (1) verstärkter Informationsaustausch zwischen den Agenturen und Eltern, (2) durch die Schaffung eines "Teams" unterstützender Personen und (3) durch die Unterstützung der Entwicklung eines gemeinsamen Wertesystems und eines behördenübergreifenden Verständnisses.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Diese Studie präsentiert die Ergebnisse von qualitativen Interviews mit 104 Vertretern von drei Systemen. Es werden die Funktionen der Zusammenarbeit bezogen auf den Nutzen für die Familien, sowie die Barrieren und Unterstützungen für den Aufbau erfolgreicher Kooperationen unter-

USA		Einschlusskriterien: • Beschäftigung mit Familien mit elterlichem Substanzmissbrauch	mengetragen. Im Fokus der Befragung standen FIT-, FST- und FDM-Dienste: • Family Involvement Team (FIT): Suchthilfe am Familiengericht • Family Support Teams (FSTs): Familienunterstützung zur direkten Vermittlung von Hilfen • family decision meeting (FDM): Fallbesprechungen	1. Wie hilft die Zusammenarbeit Familien dabei, rechtzeitig Fortschritte zu erzielen? 2. Was sind die Hindernisse für eine effektive Zusammenarbeit? 3. Was sind die Praktiken und Richtlinien, die eine effektive Zusammenarbeit unterstützen und aufrechterhalten?	• Ergebnisse der Zusammenarbeit: Zusammenfassend haben erfolgreiche kollaborative Prozesse wie verbesserte Servicebereitstellung, verbesserte Kommunikation und die psychologischen Effekte der Teamunterstützung dazu beigetragen, positive Ergebnisse für die Eltern zu unterstützen.	sucht. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Zusammenarbeit mindestens drei Hauptfunktionen beinhalten sollte: Aufbau von Systemen mit gemeinsamem Wert, Verbesserung der Kommunikation und Bereitstellung eines "Teams" der Unterstützung. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gutes Review zu Kooperation und Hürden in der Zusammenarbeit von Jugendamt, Familiengericht und dem Gesundheitssystem in der Arbeit mit Familien mit suchtkranken Eltern. Trotz der Tatsache, dass es sich um Interviews amerikanischer Mitarbeiter (sowohl aus dem praktischen als auch dem administrativen Bereich) handelt, sind die Schlussfolgerungen allgemein gehalten und auf Deutschland übertragbar.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Geringer reporting bias durch die Darstellung der Ergebnisse alleinig durch die Nutzung der Interview-Ergebnisse **SCHWÄCHEN:** Beschreibung des Interviews als semistrukturiert und halb offen lässt nur eine unzureichende Bewertung möglicher Interview-bias zu

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Hines, L. (2013). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. USA	Metasynthese (Zusammenfassung von Qualitativen Studien – Interviews)	Anzahl der Studien: N = 30 Qualitative Studien mit verschiedenen Interview-Techniken Gesamtzahl der Teilnehmenden in den Studien: N = 1226 (Teilnehmerspanne: 6 - 169) Ursprungsländer: USA (29) Australien (1) Einschlusskriterien: • Qualitative Studien • Auszüge von Teilnehmern enthalten • Thematisierung der Sichten auf nachgeburtlicher Behandlung des Substanzmissbrauchs • zwischen 1992 & 2010 veröffentlicht	Der Metasynthese-Ansatz ist ein systematischer Vergleich qualitativer Studien, die alle die gleichen oder ähnlichen Fragen stellen und versucht, zu einer Theorie zu führen, die alle Studien durchschneidet. Stichwortsuche in Online-Datenbanken Academic Search Premiere, PubMed und Google Scholar wurden anhand der Stichwörter: Perinataler Drogenmissbrauch, Frauen- und Drogenmissbrauch, Elternschaft und Drogenmissbrauch durchgeführt, um qualitative Studien zu finden. Der Autor durchforstete auch Referenzen von qualitativen Studien, um auf zusätzliche Artikel zurückzugreifen.	Der Zweck dieser Studie besteht darin, qualitative Daten zu synthetisieren, die die Ansichten und Empfehlungen über die Behandlung von Substanzmiss-brauch und Empfehlungen zu substanzabhängigen Müttern beschreiben. Ein weiteres Ziel dieser Studie war die Synthese der Behandlungsmotivatoren und -barrieren dieser Stichprobe.	Die Evidenz suggeriert, dass das soziale Marketing von Substanzmissbrauchsdiensten, die auf umfassende Dienstleistungen von nicht-wertenden Mitarbeitern basieren, von zentraler Bedeutung für die Motivation von Frauen ist, an einer Behandlung teilzunehmen. Positive Kunden- und Mitarbeiterinteraktionen sind wichtig, um Frauen in der Behandlung zu halten. Kulturell kompetente Mitarbeiter können Frauen, die eine Behandlung in Betracht ziehen, motivieren. Geschlechtsspezifische Substanzmissbrauchsdienste werden empfohlen. Motivatoren für die Behandlung: Substanzmissbrauchende Mütter sind motiviert, sich an der Behandlung teilzunehmen, wenn sie sich das Sorgerecht wünschen und wenn sie in der Lage sind, die benötigte Unterstützung in Form von verbesserten Fähigkeiten, wie in der Erziehung, erhalten. Behandlungsbarrieren: Die Angst vor der Behandlung, häuslicher Gewalt, Stigma und Scham, Angst vor Freunden / Familie / Partner, die noch immer Substanzen konsumieren, Heißhunger auf Drogen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Erstens könnte die Synthese der Literatur ein umfassenderes Bild der Drogenmissbrauchsbehandlung liefern und geeignetere Interventionen bereitstellen. Zweitens ist es wichtig, die Ansichten und Erfahrungen derjenigen zu erfahren, die den Dienst nutzen. Viele substanzmissbrauchende Frauen wünschen Hilfe, sie sind jedoch nicht bereit, Hilfe anzunehmen, sie wollen kulturell kompetente Hilfe. Drittens ist eine größere Aufmerksamkeit für das soziale Marketing von Drogenkonsumbehandlungsdiensten einschließlich der Barrieren und Motivatoren für die Teilnahme an der Behandlung und die Erwartung positiver kulturell kompetenter Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Klienten während der Behandlung von entscheidender Bedeutung. Dies kann die Verwendung von Familienmitgliedern und/oder Partnern umfassen. Viertens sollte die Behandlung auf Verlangen von Familienmitgliedern, Sozialarbeitern und Gesetzgebern gefördert und befürwortet werden. Schließlich sollte die Verfügbarkeit von Behandlungszentren für Frauen erhöht werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*:

					und Alkohol, Mangel an Aufsicht und leichten Zugang zu Drogen oder Alkohol, Hoffnungslosigkeit <u>Dienstleister/Mitarbeiter-Training</u>: Befragen und die richtigen Fragen stellen, ist ein wichtiger Aspekt bei der Schulung von Mitarbeitern und Anbietern. Die Familiengeschichte, den Drogen- oder Alkoholkonsum von anderen im Haushalt lebenden, den Versuchten Entzug, und Entzug der Mutter als gutes Beispiel für das Kind sind wichtige Aktivitäten für Fachleute, die mit Substanzmissbrauch von Frauen arbeiten. Darüber hinaus sollten Mitarbeiter und Anbieter jeden Patienten mit Respekt behandeln und ihr Missfallen und die Unzufriedenheit gegenüber dem Verhalten der Mutter zeigen, und nicht mit der Person selbst assoziieren. Es ist wichtig, das Problem als etwas zu definieren, an dem Patient und Anbieter / Mitarbeiter gemeinsam arbeiten. Mit den Frauen soll zum Beispiel diskutiert werden: "Wie werden wir das machen?" und es sollte eine offene Haltung bewahrt werden <u>Dienstleister-Klienten-Interaktionen:</u> Folgende Informationen sollen den Frauen gegeben werden: Wissen über die Krankheit, den Ursprung der Krankheit, Familie, Kindheit und De-	Der Studie gelingt eine gute Beschreibung zu Sichtweisen der Behandlung von drogenabhängigen Frauen anhand der Zusammenführung von Ergebnissen von 30 qualitativen Studien. Daraus werden Empfehlungen formuliert.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Zusammenfassung 30 qualitativer Studien, die die Sichtweisen von drogenabhängigen Frauen untersuchen **SCHWÄCHEN:** Es fehlt die Auflistung der Studien und das Beschreiben wichtiger Merkmale der inkludierten Studien. Auch die transparente Ausarbeitung der Synthese fehlt.

					pression & Dimensionen der Krankheit. Außerdem wollen Frauen Informationen über Heilungspraktiken, Wiederverbindung mit Spiritualität, Begegnung mit ihrem emotionalen Schmerz, Konfrontation mit den Auswirkungen ihres Drogenmissbrauchs, Beginn des Heilungsprozesses und zu der Übergangs- und Nachsorge. Gesundheitsinformationen sind auch erwünscht, wie reproduktives Wissen und Gesundheit, pränatale Ansichten, Kommunikation mit Partnern, Identität (widerstehen / akzeptieren), Verbindung, Bindungen mit Kindern, Rückfall, Widerstand und Verweigerung. <u>Dienstleister/Mitarbeiter Merkmale:</u> Folgende Merkmale der Mitarbeiter wurden von Müttern als hilfreich erachtet: empathisch, ehrlich und aufmerksam auf die Bedürfnisse des Klienten eingehen, sensibel, freundlich, warmherzig und respektvoll sein. Idealerweise sollten die Mitarbeiter bedingungslose Liebe und Fürsorge geben, offen für Vorschläge sein, Anliegen anhören und verstehen, Ermutigung, Umarmungen, Lob, positives Feedback geben und bereit sein, Hilfe zu leisten, und es als Verpflichtung sehen, Wege zu finden, um zu helfen	

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Kroll, B. (2004). Living with an elephant: growing up with parental substance misuse. UK	Narrativer Review	Anzahl der Studien: 7 Studien wurden eingeschlossen (5 UK, 2 USA) Studientyp: personal interviews, case histories, clinical experience Studienthemen: Alkohol- oder Drogenmissbrauch Einschlusskriterien: • Studien zum Thema Aufwachsen mit suchtkranken Eltern	Unsystematische Suche nach Studien zum Thema aus dem Bereich der Kindegesundheit (Department of Health 2000).	Dieser Artikel untersucht eine Reihe von Studien, die sich auf die Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit elterlichem Substanzmissbrauch und Kindesmisshan-dlung konzentrieren.	Alle hier untersuchten Studien identifizierten elterliche Konflikte, Streitigkeiten und Auseinandersetzungen als eine Hauptquelle von Stress und Angstzuständen bei Kinder und Jugendlichen. Was Kinder als ihr größtes Problem betrachteten, war die Gewalt, die oft mit dem Substanzmissbrauch (insbesondere von Alkohol) und häufig aufgetretenen aggressiven Verhalten verbunden war. Die ganze Familie richtet sich nach der Person mit Substanzabusus. Kinder wurden oft ermutigt, Außenstehende argwöhnisch oder misstrauisch zu begegnen, da sie befürchteten, dass jemand die Probleme der Eltern (insbesondere den Drogenkonsum) herausfinden würde und dies zu einer Offenlegung und Trennung führen würde. Diese Art von Rollenumkehr ließ die Kinder oft im Unklaren, wer sie waren und was passierte. Es führte oft auch zu starken Ekelgefühlen und manchmal Hass gegenüber der Substanz von der die Eltern abhängig waren. Ein anderes Thema war das Ausmaß, in dem die Kinder von dem elterli-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Der Elefant im Wohnzimmer zeigt, dass Bindung, physische und emotionale Sicherheit, Selbstwertgefühl als individuelles Recht angesehen wird, unabhängig von finanziellen und praktischen Folgen, die nicht Bestandteil der Analyse waren. Der Elefant ist Schwerpunkt der Intervention; und wenn dieser effektiv angegangen und beseitigt wird, kann das Problem gelöst werden. So ist es leicht, jemanden zu übersehen, der in seinem Schatten steht. Um den Elefanten anzugehen, ohne zu erforschen, was hinter ihm steht, wird sichergestellt, dass Kinder, deren Eltern Substanz missbrauchen, unsichtbar bleiben. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Narrativer Review mit nachvollziehbaren Aspekten und Literaturangaben zum Thema vernachlässigte Kinder von suchtkranken Kindern. Implikationen für die Praxis, da die Zusammenfassung der sieben Studien kindzentriert ist und auf das Wohl des Kindes fokussiert.
Evidenzlevel 4						**Stärken:** Die Einschlusskriterien halten den selection bias gering und beziehen sich auf das Outcome der Studie.

					chem Substanzmissbrauch betroffen waren. Es handelt sich um eine "versteckte" Gruppe, unsichtbar für Fachleute, es sei denn, das Kind oder der Erwachsene wurde den welfare services aus anderen Gründen bekannt. Die Gefühle und Reaktionen der Kinder auf den elterlichen Substanzmissbrauch sind nicht ohne Probleme; Kinder sind oft sehr loyal gegenüber ihren Eltern, unabhängig von ihren Handlungen. Der ethnische und kulturelle Kontext, in dem Kinder leben, wird sich auch darauf auswirken, inwieweit sie sich in der Lage fühlen, mit Fachleuten zu sprechen oder ihnen tatsächlich die Erlaubnis dazu gegeben wird. Untersuchungen zeigen jedoch, dass Kinder sehr gut darin sind, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu äußern, wenn das richtige Klima für das Gespräch geschaffen wird und die Mitarbeiter sich die Zeit nehmen, zuzuhören.	**SCHWÄCHEN:** Unsystematische Literatursuche; inkludierte Studienauswahl sind nicht analytische Studien. Hierdurch sind publication und selection bias, bezogen auf die Auswahl d. Evidenz, möglich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Lawson, L et al. (2001). Changing the child abuse potential of substance abusing pregnant and par-	Interventionsstudie (Prä-, Post- Messung)	Anzahl der Patienten: n=63 Alter der Patienten: Durchschnittsalter von 31 Jahren (Bereich 21 bis 44 Jahre) Substanzen:	Für die Gruppe der Frauen mit Behandlung wurde ein Prä- und Post-Test durchgeführt, sodass beantwortet werden sollte, wie das Potential für eine Kindesmisshandlung vor der Therapie ist und wie es sich unter der Therapie verändert. und mit	Hat die Behandlung von Drogenmissbrauch Auswirkungen auf das Misshandlungspotenzial der Kinder?	Es zeigte sich eine geringere Gefährdung für das Kind nach der Therapie anhand der CAP-Werte., die jedoch nach anhaltend war. Als sich die Teilnehmer in der Anfangsphase der Therapie mit beträchtlicher Unterstützung befanden, fielen ihre CAP-Werte vom erhöhten	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es ist klar, dass der anfängliche Zugang zu den notwendigen Hilfen, zu mindestens anfänglich Frauen und ihren Kindern hilft. Familien brauchen jedoch Zeit, um die Verhaltensweisen, die sie während der Therapien gezeigt kriegen,

enting women USA		Cocain / Crack (72%) <u>Einschlusskriterien:</u> • Schwangere und für Kinder sorgende Mütter mit Substanzabusus <u>Ausschlusskriterien:</u> • keine Teilnahme an einer Intervention	wiederholten Messungen. Bei den Frauen wurde zu Beginn, während und 3 Monaten nach der Therapie ein Fragebogen zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung genutzt (Child Abuse Potential Inventory (CAP)).	Veränderung der gemessenen Werte anhand des Child Abuse Potential Inventory (CAP)	in den normalen Bereich. Als sie jedoch das Programm beendet und wieder verlassen hatten, stiegen ihre CAP-Werte allmählich an. Die Ergebnisse der Studie sprechen für eine Fortsetzung der Unterstützung einer bei Substanzabusus bis zur Stabilisierung der CAP-Werte in Normwerte.	in ein drogenfreies Leben zu integrieren. Dienstleistungen sollten so lange bestehen bis sich das Potenzial für Kindesmisshandlung im normalen Bereich stabilisiert hat. In zukünftigen Studien könnten die Faktor-Skalen für Kindesmisshandlungspotentiale verwendet werden, um zu untersuchen, ob Veränderungen in den CAP-Werten von Müttern mit Problemen wie Elternschaft, Drogenmissbrauch, fetale Medikamentenexposition, einer Kombination dieser drei oder noch nicht identifizierter Faktoren zusammenhängen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Trotz des kurzen follow-up ist die Studie aussagekräftig. Leider sind die Interventionen nur wenig beschrieben.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Die Wirkung der Intervention konnte deutlich sichtbar gemacht werden. **SCHWÄCHEN:** Performance bias möglich: Behandlungsprotokolle waren nicht standardisiert. Attrition bias möglich: Große Anzahl an Daten fehlen.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Ryan, JP et al. (2006). Integrating substance abuse	RCT	<u>Interventionsgruppe:</u> • Familien (n= 521) • Betreuungsperson (n=250)	Interventionsgruppe: regelmäßige Dienstleistungen mit Case Management (Recovery Coaches). Dieser	• Zugang zu Drogenmiss-brauchsbehandlung	331 Betreuungspersonen hatten das Suchtmittel-Screening abgeschlossen. Von diesen 331 Pflegepersonen waren 81 in der Kontrollgruppe und 250	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Familienzusammenführung für substanzabhängige Eltern im child

treatment and child welfare services: findings from the Illinois Alcohol and Other Drug Abuse Waiver demonstration USA		• Kinder (n= 986) <u>Kontrollgruppe ("treatment-as-usual"):</u> • Familien (n= 217) • Betreuungsperson (n=81) • Kinder (n= 431) <u>Interventionsgruppe/ Kontrollgruppe:</u> Pflegepflege: M = 94,05 / 82,83 Verwandtschaftsbetreuung: M = 183,98 / 192,39 Alter jüngster Betreuer: 32,4 / 32 Arbeitslose: 70% / 65% Psychische Probleme: 6% / 4% Prior subst.-exponierter Kinder: 63% / 64% Durchschnittsalter der Kinder im Haus: 1,90 / 1,99 Familien-Zusammenführung: 12% / 7% **Foster care**: M = 94,05 / 82,83 **Kinship care**: M = 183,98 / 192,39 **Age youngest caregiver**: 32,4 / 32	Coach arbeitete mit den Eltern, der Kinderbetreuerin und den AODA - Behandlungsanbietern zusammen, um die Hürden der Behandlung zu beseitigen und Kontakt aufzunehmen, falls Hilfe für Eltern und Familie notwendig wurde. → Modell der Dienstleistungsintegration, das die Bereitstellung eines intensiven Fallmanagements zur Verknüpfung von Drogenmissbrauch und Kinderfürsorge betont **Kontrollgruppe**: nutzen das Assessment für Dienste bei Drogenmissbrauch.	• Familien-zusammenführung Mehrere Datenquellen: Daten zur Unterbringung der Kinder mit Unterbringungsort und Dauer der Unterbringung • Wirksamkeit des Recovery-Coach-Modells	in der Interventionsgruppe **Dauer bis zum Erhalt von Diensten** • 81% nahmen Drogenmissbrauchsdienste nach dem Suchtmittel-Screening in Anspruch. • Kontrollgruppe: 74% erhielten Drogenmissbrauchsdienste im Vergleich zu 84% in der Versuchsgruppe ; statistisch signifikanter Unterschied [$\chi 2$ (1) = 3.65, p <.05] • Interventionsgruppe: 50% benötigten 40 Tage, um Recovery Coach zu erhalten • Kontrollgruppe: 50% benötigt 100 Tage, um Dienste zu erhalten **Familienzusammenführung** • 7% der Kontrollkinder wurden mit ihren Eltern wiedervereint verglichen mit 12% der Kinder in der Interventionsgruppe → signifikanter Unterschied [$\chi 2$ (1) = 5.87, p <.05] • Die Chancen auf eine Wiedervereinigung waren 1,28 Mal höher für Familien mit Recovery Coach	welfare System erfordert innovative und integrierte Behandlungsstrategien. Die Intervention von Illinois ist ein Modell für die Verknüpfung von Dienstleistungen, die sich auf das Fallmanagement konzentrieren, um Beteiligte des child welfare mit den Suchtmitteldiensten zu verbinden. Unsere Auswertung dieses recovery coaches zeigt, dass Abhängige schneller Dienste erhalten und die Wahrscheinlichkeit einer Zusammenführung damit leicht erhöht werden kann. Die Weiterentwicklung und Evaluierung neuer Modelle der Dienstleistungsanbieter ist notwendig, wenn der Staat seine Verpflichtung nachkommen sollte, diese Familien fair, human und dauerhaft zu unterstützen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Intervention „recovery coach" wird nur als Case-Management erklärt, sodass nicht deutlich ist, was in der Intervention zum Erfolg führte und wie viel mehr Aufwand eine solche Intervention ist. Ergebnisse einer Kosten-Analyse werden vorgestellt und die Ergebnisse anhand verschiedener statistischer Auswertungen dargestellt. Das Alter des Kindes wird leider nicht genannt. Es wird angegeben, dass die Daten der DARTS database lediglich für die Rückerstattung des Gebrauchs von „substance abuse services" angelegt sind und keinen Ausschluss darüber geben, welcher Service genutzt wurde.

		Unemployed: 70% / 65% **Mental health problems**: 6% / 4% **Zuvor Substanz exponierte Kinder**: 63% / 64% **Durchschnittsanzahl Kinder im Haus**: 1,90 / 1,99 **Zusammenführung**: 12% / 7% <u>Einschlusskriterien:</u> • Familien mit einer Sorgerechtsverhandlung, eröffnet ab dem 28. April 2000 in Chicago und im Vorort Cook County, Illinois • Teilnahme an dem Drogenmissbrauchs-Screening und Vorstellung beim Jugendgericht mit Bewertungsprogramm (JCAP) zum Zeitpunkt der Sorgerechtsverhandlung oder innerhalb von 90 Tagen nach der ersten Sorgerechtsverhandlung				*Schlüsselwörter*: Effektivität eines Case-managers, Familien mit Drogenmissbrauch, Inobhutnahme, Familienzusammenführung, beide Eltern berücksichtigt (Mutter nicht im Fokus)
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Kohorte und Outcome werden gut beschrieben **SCHWÄCHEN:** Peformance bias: Intervention nicht eindeutig beschrieben
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Simons, L. (2008). Characteristics of drug-abusing	Interventionsstudie (Prä-, Post- Messung)	<u>Anzahl der Mütter:</u> n= 80, davon 40 Beender und 40 Abbrecher • Durchschnittsalter 32	<u>Intervention:</u> Hutchinson Place ist ein 6- bis 12-Monats-Programm für Frauen mit Kindern. Das Programm	Vorhersagewerte für Beginn, Abbruch oder Beendigung der Be-	<u>Unterschiede:</u> • Frauen ohne psychische Probleme ($\chi 2$ [1, n = 78] = 5,41, p <.05) beendeten die Therapie eher.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es gibt Hinweise für das Vorliegen komorbider psychischer Störung als

women with children in residential treatment: a preliminary evaluation of program retention and treatment completion. USA		Jahre (SD = 5.48) • Die Mütter hatten im Schnitt 3 Kinder (SD= 1.68). <u>Alter der Kinder:</u> n= 168 (54% männlich, 46% weiblich) • Durchschnittsalter war 4 Jahre (SD = 2.97 <u>Einschlusskriterien:</u> • afroamerikanische Frauen > 18 Jahre mit Crack/Kokain-Drogenproblemen, die obdachlos sind • Frauen, die entweder ein oder mehrere Kinder jünger als sechs Jahre haben oder schwanger sind • Behandlung zwischen August 1998 und Dezember 2000 mit freiwilliger Teilnahme.	sollte eine warme, sichere und versorgende Umgebung schaffen, damit Frauen dauerhaft clean werden können. Die formale Behandlung gliedert sich in vier Phasen mit eigenen Abschlusszielen. <u>Daten der Erwachsene:</u> •Informationen über psychische Gesundheit, allgemeine und spezielle Informationen zur Behandlung bei Drogenmissbrauch, Kinderschutzdienste •Informationen zum Behandlungsstatus (d. H. Behandlungstage; Eintritt versus Retention) wurden monatlich aktualisiert. • Selbstbericht über Sucht-Schweregrad wurde verwendet, um den Alkohol- und Drogenkonsum über die letzten 30 Tage, 12 Monate und die Lebenszeit zu bewerten. • Child Trauma Questionnaire (CTQ, 34 item self-report Zur Bestimmung der Kindeswohlgefährdung in der Kindheit) • Perceived Social Support from Friends and Family Scales (mißt mögliche Ressourcen von Freunden und Familie) <u>Daten der Kinder</u>:	handlung	• Frauen mit Verhaftungen aufgrund z.B. Intoxikationen in der Öffentlichkeit (58% Verhaftungen vs. 42% Nichtarrest) ($\chi 2$ [1, n = 63] = 5.84, p <.05) beendeten die Therapie eher • die Kinder der Frauen, die die Therapie beendeten, hatten eine höhere Rate an emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit, familiäre Unterstützung und Alkoholkonsum. • fast alle Frauen (95%) berichteten über folgende Missstände in ihrer Kindheit: körperliche Misshandlung (31%), sexueller Missbrauch (31%) und körperliche Vernachlässigung (33%). <u>Ergebnisse der Kinder:</u> • Es gab anhand der Aufnahme- und Entlassungsbefunde bezogen auf verhaltensbezogener Probleme und Behandlungsleistungen der Kinder relativ wenig Unterschiede zwischen der Gruppe der Mütter, die die Therapie beendeten oder abbrachen. Unterschiede zwischen drogenexponierten und nicht exponierten Kindern • Drogenexponierte Kinder (68% drogenexponierte gegenüber 32% nicht exponierte) hatten höhere Aufmerksamkeitsprobleme, delinquentes Verhalten und aggressives Verhalten) ($\chi 2$ [1, n = 28] = 6,60, p <) .01) im Vergleich zu nicht exponierten Kindern.	Hindernis für das Beenden der Behandlung. Suchtberater sollten bezüglich dessen geschult werden und den Patienten Hilfen anbieten können. Aufgrund der geschilderten Kindheitsmisshandlungen der abhängigen Frauen sollten auch Trauma-Genesungsgruppen angeboten werden, um eine Beendigung der Therapie wahrscheinlicher zu machen. Außerdem sollten die familiären Ressourcen der Frauen genutzt werden, da die afroamerikanischen Frauen eher geneigt sind, familiäre Unterstützung statt soziale Unterstützung zurückzugriefen. Es müssen stationäre Behandlungsprogramme von Kinderspezialisten entstehen, um die Bedürfnisse der Kinder zu erkennen und zu koordinieren, da Kinder drogenabhängiger oft Hilfen bei Verhaltensprobleme benötigen, unabhängig davon, ob sie vor oder nach der Geburt Drogen ausgesetzt waren. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Einschränkungen zu beachten. Die Teilnehmer an dieser Studie waren einkommensschwache, obdachlose oder nahezu obdachlose, afroamerikanische Schwangere und Eltern, die sich bereit erklärten, an einem Behandlungsprogramm für Drogenmissbrauch teilzunehmen. Trotz dieser Einschränkungen zeigen die Ergebnisse, dass geschlechtsspezifische Programme für stationäre Behandlung wirksame Methoden zur

			•Monatliche Untersuchung bezogen auf Gesundheits-, Verhaltens- und Entwicklungsprobleme. • altersentsprechende Child Behavioral Checklist (Alter 2–3 und Alter 4–18) zur Bestimmung des Verhaltens und emotionaler Probleme •Mullen Scales of Early Learning zur Bestimmung der kognitiven Fähigkeit und motorischen Entwicklung (verwendbar bis zum 86 Lebensmonat)		• Auch bei den medikamentenexponierten Kindern (64%) war die Wahrscheinlichkeit höher, dass es eine Kinderschutzverfahren gab.	Behandlung von Drogen missbrauchenden Frauen und ihrer Kinder sind *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie lässt Rückschlüsse zu, welche Art der Behandlung und vielleicht auch welche Art der Kommunikation zur Teilnahme an einem Behandlungsprogramm und auch welche Kommunikation dazu beitragen könnten, dass das Programm abgeschlossen wird. Anhand der Studienergebnisse lässt sich nicht ableiten, was der Abschluss des Programmes bedeutet; sind die Eltern nach dem abgeschlossenen nicht mehr abhängig, werden sie behandelt und vor allem, wie entwickeln sich die Kinder.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Die Beobachtungszeit erstreckt sich über 6 bis 12 Monate. **SCHWÄCHEN:** Selection bias möglich: Charakteristiken der Teilnehmenden werden zum Anfang der Studie nicht deutlich in Hinsicht auf das Outcome untersucht. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle wurden nicht generiert

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Smith, NA. (2006). Empowering the 'unfit' mother:	Qualitative Studie (Fokus Gruppen Diskussionen)	Die Stichprobe bestand aus Teilnehmern des Bundesstaats New York Capital District. 27 Agen-	Fokusgruppen wurden verwendet, um Daten zu sammeln, und die Daten wurden analysiert nach den Verfahren der analyti-	Untersuchung der Erfahrungen von Frauen, die als "untauglich" für	Die Mütter reagierten am meisten auf Erfahrungen und die Berater-Klienten-Beziehung. Diese Wahrnehmungen lieferten	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Vielleicht ist die Umbenennung der "untauglichen Mutter" ein guter An-

increasing empathy, redefining the label. USA		turen (12 Drogenmissbrauchsprogramme & 15 Kinderfürsorgeprogramme wurden kontaktiert). 107 Personen von 12 Agenturen nahmen teil (Kinderhelfer, Drogenabhängige & Mütter) Die Ergebnisse der Antworten von 34 Müttern stehen im Mittelpunkt dieses Artikels. N = 34 Mütter <u>Alter der Mütter:</u> < 20 Jahre:15% 20 – 30 Jahre: 40% 30 – 40 Jahre: 30% >40 Jahre: 15% Kaukasier: 53% Afroamerikaner: 35% Lateinamerikaner: 12% <u>Einschlusskriterien:</u> • Mütterlicher Substanzmissbrauch • Kontakt mit dem Kinderfürsorgesystem, das die Notwendigkeit der Fremdunterbringung der Kinder festlegt und einen Familienzusam-	schen Induktion. Jede Fokusgruppe dauerte von 60 bis 90 Minuten (aufgenommen und später transkribiert). **3 Hauptfragen:** 1. Was denken Sie, funktioniert in Bezug auf die Familienzusammenführung und das Behandlungssystem (dh Kindeswohl und Substanzmissbrauch)? Probe: Wie hat Ihnen diese Erfahrung geholfen? 2. Was hat ihrer Meinung nach nicht geholfen, um Familien wie die ihrer zu helfen? Probe: Welche Art von Problemen hat das für dich verursacht? 3. Was möchten Sie ändern? Probe: Was würde Ihnen diesen Prozess erleichtern?	die Erziehung ihrer Kinder angesehen wurden.	einen tiefgründigen Blick darauf, wie sich diese Frauen fühlten, sobald sie als "untauglich" beschrieben wurden. Die Erfahrung, sich beschämt und stigmatisiert zu fühlen, ist laut und deutlich. Das Etikett und seine Auswirkungen auf die Behandlungs- und Dienstleistungserfahrungen waren nicht positiv und schienen keine Stärkung zu sein. Eine erste Erfahrung, in der Empathie gezeigt wird und eine Stärkenperspektive verwendet wird, wird bei diesen Müttern sehr empfohlen, wenn sie das System [Kinderschutz] betreten. Darüber hinaus benötigt die Behandlung für diese Mütter und Kinder eine familienorientierte Perspektive, die die Verbindung und Verbundenheit der Familie mit fortwährender Fürsorge, Rücksichtnahme und Respekt behandelt. Diese gefährdeten Mütter haben darum gebeten, in Bezug auf ihre Sucht und ihren Kampf dafür, sauber und nüchtern zu bleiben, gehört zu werden. Sie haben auch um Verständnis für die Scham, die Schuld und den Verlust gebeten, die sie erfahren haben.	fang, und man hofft, dass die Stimmen dieser "gefährdeten Mütter" gehört werden, um mehr Empathie und Verständnis in Bezug auf ihren Schmerzen zu fördern. Die Beseitigung des "Untauglichen" Schlags kann dazu beitragen, den anfänglichen Kampf und die Ablehnung der Mütter in der Behandlung zu verringern. Diese Frauen durch eine Sicht von Stärken und Resilienz zu untersuchen, in der erhöhte Empfindlichkeit verwendet wird, ist genau das, was die Mütter in dieser Studie verlangten. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Diskussion in Fokus Gruppen ermöglichte den direkten Austausch über die Erfahrungen der Mütter. Die Methodik ist dahingehen eingeschränkt, indem eine subjektive Perspektive des Interviewers bei der Interpretation des Gesagten die Ergebnisse beeinflusst. Hierbei spielen die vorherigen Erfahrungen und die Ausbildung des Interviewers eine Rolle. Allerdings wird durch diese Form des Forschens deutlich, was Mütter, denen wegen ihres Substanzmissbrauchs eine Fremdunterbringung des Kindes bevorsteht, brauchen, um als Mutter gesehen und respektiert zu werden. Es werden Erfahrungen suchtabhängiger Mütter beschrieben, die als nicht erziehungsfähig stigmatisiert wurden. Die Erfahrungen beziehen sich darauf,

		men-führungsplan vorsieht				ob das Inobhut genommene Kind in die Familie zurückkehren darf.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** eindeutiges Outcome **SCHWÄCHEN:** Reporting bias, Interviewtechnik wurde nicht eindeutig beschrieben
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Staton-Tindall, M et al. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes. A Systematic Review. USA	Systematic Review	Anzahl der Studien: Von 839 relevanten Studien wurden 23 Artikel eingeschlossen Einschlusskriterien: 1. empirische, datengestützte Studien 2. Abhängige Variable: elterlicher Substanzmissbrauch 3. Die primäre abhängige Variable richtet sich auf das Kind - einschließlich jeglicher Form von Kindesmisshandlung wie Vernachlässigung oder Missbrauch, Unfallverletzung oder Verhaltensergebnisse oder psychologischen Folgen. 4. Der analytische Ansatz sollte den Zusammenhang zwischen dem	Eine primäre Suchmaschine war Academic Search Premier (ASP), welcher die Suchen in Medline, PsychINFO & Social Work Abstracts ermöglichte. Suchbegriffe: caregiver substance use AND child maltreatment; caregiver substance use AND child neglect; caregiver substance use AND child abuse; parental substance use AND child neglect; parental substance use AND child abuse; caregiver substance use AND child trauma Um die Praxis-Relevanz der für die Befunde aufzuzeigen, haben wir potenzielle Nutzergruppen in den Bereichen Kinderfürsorge, Kinderpsychiatrie oder Fachkräfte für elterlichen Substanzmissbrauch identifiziert.	a) Messung des elterlichen Substanzmissbrauchs b) Kindeswohlgefährdung c) Implikationen der bestehenden Forschung zur Lösung dieses Problems	Der Großteil der 23 Artikel (65%, n = 15) inkludierte abhängige Variablen, die für die Kindeswohlgefährdung spezifisch sind. Konsequenterweise war das Leben mit einem substanzabhängigen Elternteil mit einer höheren Rate der Überweisung an CPS verbunden, und mit einer höheren Rate von bestätigten Fällen innerhalb des Systems. Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung waren die am häufigsten gemeldeten Arten von Kindeswohlgefährdung, assoziiert mit elterlichem Substanzmissbrauch. Der elterliche Substanzmissbrauch war konsequent und positiv assoziiert mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass Kinder Gewalt ausgesetzt sind, dies führt auch zu einem Risiko eines Traumas des Kindes. Formen der Gewaltaussetzung: Zeuge von Drogengeschäften, Drogen im Haus sehen, Häusliche Gewalt, Gewalt in	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es ist bemerkenswert, dass sich die Mehrzahl der überprüften [Studien] auf Probleme von Erwachsenen richtete, wie die Bewertung und Behandlung von Eltern, und dass so wenige [Studien]die Auswirkungen von elterlicher Substanzmissbrauch auf die Kinder berücksichtigten. Die Aufmerksamkeit von Forschern und Praktikern galt natürlich den Eltern, aber auch den Kindern, vor allem weil das vermeintliche Ziel der meisten Studien darin bestand, die Beziehungen zwischen Substanzmissbrauch, Gewalt, Kindeswohlgefährdung oder beidem zu verstehen. Die Ausbildung in der Sozialarbeit z. B. hat oft das Training zwischen psychischer Gesundheit von Kindern (für diejenigen, die klinische Sozialarbeit in psychischer Gemeinschaftsarbeit betreiben) und Kinderfürsorgetraining (für Kinderschutz-, Pflege- und Adoptionsvermittler) verzweigt, das zu den Divergenzen

		elterlichen Substanz-missbrauch und den Ergebnissen von Kindern untersuchen. 5. Veröffentlichungen seit 2000	Für diese Analyse wurden die Artikel nach ihren Ergebnissen in Bezug auf Kindesmisshandlung geordnet, einschließlich (a) Darbietung der Misshandlung (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Häufigkeit und Schwere des Schadens) oder (b) psychosoziale und Verhaltensergebnisse (sämtliche und alle emotionalen, kognitiven oder verhaltensbezogenen Reaktionen, die typischerweise auf elterlichen Substanzmissbrauch zurückzuführen sind).		der Partnerschaft → unterschiedliche Risiken für Kinder Elterlicher Substanzmissbrauch hatte negative und konsistente Assoziationen zu Erkrankungen des Kindes. In einigen Fällen gab es einen kumulativen Effekt, bei dem Kinder, die Gewalt erlebten und mit einem substanzabhängigen Elternteil leben, ein größeres Risiko bestand, schwere depressive Störungen zu entwickeln.	beitragen könnte, die wir in den hier präsentierten Forschungsergebnissen sehen , mit Forschern die primär das eine oder andere in Bezug auf die abhängige Messung berücksichtigen. Bei der Erwägung von Richtungen für zukünftige Forschung und Praxis müssen zwei parallele Missionen erreicht werden: (a) Schaffung eines Trauma-informierten Systems zur Behandlung von Drogenmissbrauch und (b) Entwicklung von evidenzbasierte Traumatherapie zur Behandlung von komorbiden traumatischen Stress- und Substanzstörungen. Somit stellt die synchronisierte Erbringung von Dienstleistungen in einem integrierten Modell eine Möglichkeit dar, die psychosozialen und verhaltensbezogenen Ergebnisse für Eltern und Kinder zu verbessern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die strukturierte Literaturrecherche wurde durchgeführt und führte zu 23 relevanten Artikeln. Es wird nicht beschrieben wie die Auswahl der Artikel stattgefunden hat. Die inhaltlichen Hauptpunkte der inkludierten Studien werden tabellarisch aufgezeigt, allerdings wird eine qualitative Einschätzung der Artikel nicht ersichtlich. Unklar bleibt auch welche Studiendesigns und welche Stichprobengrößen in den inkludierten Studien vorherrschen.

Evidenzlevel 2++						**Stärken:** klar definiertes Outcome **Schwächen:** Selection bias: Sreening erfolgte durch eine Person
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Stover, CS (2015). Fathers for Change for Substance Use and Intimate Partner Violence: Initial Community Pilot. USA	Randomisierte Kontrollstudie (Pilotstudie)	35 Väter wurden auf die Studie hingewiesen; von denen 18 teilgenommen Alle Kinder der Teilnehmer; aber nur 10 weibliche Elternteile stimmten ebenfalls der Teilnahme zu. Vergleichsgruppe: Individuelle Drogenberatung (IDC) Väter: Angestellt: 62% Ausbildung: M = 11,67 Jahre Verheiratet: 33% Primäre Drogenwahl: Alkohol (57%); Cannabis (38,1%); Opiate (4,8%) Durchschnittsalter: 30.19 (SD = 6.90) Durchschnittsalter Kind: 3.05 (SD =2.78)	Interventionsgruppe: Fathers for Change: Die Intervention umfasst 14 Themen, die in 60-minütigen Sitzungen der individuellen und dyadischen Behandlung über ca. 4 Monate hin behandelt werden. Die Intervention kombiniert Verbundenheit, Familiensysteme und kognitive Verhaltenstheorie mit den Zielen: 1) Beendigung von Gewalt und Aggression 2) Abstinenz von Substanzen 3) verbessertes Miterziehen 4) vermindertes negatives Erziehungsverhalten und 5) erhöhtes positives Erziehungsverhalten. Die Schwerpunkte für jede der drei Phasen von Fathers for Change sind: 1) Abstinenz von Aggression und Substanzmissbrauch 2) kooperierende Kommunikation	Bewertung zu Beginn, nach der Intervention und 3 Monate nach der 16-wöchigen Intervention.	Männer in der Interventionsgruppe: 1) beendigten wahrscheinlicher ihre Behandlung 2) berichteten von einer wesentlich höheren Zufriedenheit mit dem Programm 3) berichteten von einem Trend zu weniger Gewalt in der Partnerschaft 4) zeigten signifikant weniger Aufdringlichkeit in codierten Spielinteraktionen mit ihren Kindern nach der Behandlung im Vergleich zu Vätern in der IDC-Gruppe.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine weitere Bewertung dieses Eingriffs in einer größeren Stichprobe gerechtfertigt ist. Einschränkungen und Richtungen für zukünftige Forschung werden diskutiert. Fathers for Change ist eine vielversprechende neue Intervention, die eine wichtige Ergänzung der Palette von Maßnahmen sein kann, die für Familien, die von Gewalt und Drogenmissbrauch betroffen sind, zur Verfügung stehen. Männer waren engagiert und zufrieden mit dem Programm und meldeten einen Trend zu weniger IPV. Sie zeigten signifikant weniger Aufdringlichkeit bei beobachteten Spielinteraktionen mit ihren Kindern nach der Behandlung im Vergleich zu Vätern in der IDC-Gruppe. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Pilotstudie inkludiert Väter, bei denen neben dem Substanzmissbrauch auch Gewalt in der Partnerschaft vorliegt. Lediglich 18 Väter werden inklu-

			3) Elternschaft/Vater-Kind-Beziehung. Die Männer wurden entweder von den Gerichten oder der Abteilung für Kinder und Familien (DCF) nach einer Festnahme wegen häuslicher Gewalt oder drogenbedingter Anklagen in die Studie überwiesen, oder das DCF wurde wegen dieser gleichzeitig auftretenden Probleme zur Untersuchung aufgefordert. Sie wurden zu Beginn der Studie, nach der Intervention und 3 Monate nach der 16-wöchigen Interventionsphase beurteilt. Zu Beginn der Studie führten Väter und ihre Kindermütter eine Reihe von Fragebögen aus, um die Schwere der Gewalt, die Schwere des Substanzmissbrauchs, die Elternschaft, psychiatrische Probleme und die Vater-Kind-Beziehung zu bewerten. Messinstrumente: Addiction Severity Index 5. Auflage (ASI); TimeLine Follow-Back-Partnerschaftliche Gewalt und TimeLine Follow-Back-Substanzmissbrauch (TLFB-SV und TLFB-SA); Überarbeitete Konflikttaktikskala (CTS2); Coparenting Relationship Scale (CRS); Child Interactive Behaviour			diert. Die Charakteristiken der Interventionsgruppe (Fathers for Change) und der Kontrollgruppe (Drogenberatung) werden nicht beschrieben. Das Ergebnis deutet darauf hin, dass die Intervention erfolgreich Gewalt in der Partnerschaft mindert. Die kleine Stichprobe, unterschiedlich missbrauchte Substanzen und andere mögliche Störfaktoren können das Ergebnis beeinflusst haben.
EVIDENZLEVEL 1-		Einschlusskriterien: • Männer, die aktiv Kinder erziehen und miterziehen • Väter von Kindern (unter 10 Jahren) mit einer Vorgeschichte der Häuslichen Gewalt und gleichzeitig auftretendem Substanzmissbrauch				**STÄRKEN:** gute Beschreibung der Intervention **SCHWÄCHEN:** detection bias: Patientengruppe klein

			Rating (CIPR) <u>Kontrollgruppe: Individuelle Drogen-beratung (IDC)</u> IDC konzentriert sich auf das Krankheitsmodell von Sucht und die 12-stufige Förderung.			
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Vanderploeg, JJ et al. (2007). The impact of parental alcohol or drug removals on foster care placement experiences: A matched comparison group study. USA.	Sekundätre Datenanalyse (Fall-Kontroll Studie)	Verwaltungsdaten aus dem Rhode Island Kinderinformationssystem (RICHIST), das Management Informationssystem für die Abteilung für Kinder, Jugend & Familien von Rhode Island RICHIST-Daten: 5.909 Kinder kamen während des Beobachtungszeitraums zwischen dem 1. Jan. 1998 und dem 31. Dez. 2002 in Pflegefamilien unter. <u>Kinder in Fremdunterbringung (elterlicher Substanzmissbrauch):</u> 1.355 Kinder (23%) der gesamten Stichprobe wurden aufgrund elterlichem Substanzmissbrauch fremduntergebracht; 22 Kinder wur-	Untersuchung der Merkmale, Erfahrung mit Fremdunterbringung und Entlassungsergebnisse von Kindern, die aus der elterlichen Sorge entlassen wurden und aufgrund des elterlichen Substanzmissbrauchs in Pflegefamilien aufgenommen wurden. 1. Demographische Unterschiede zwischen Kindern mit elterlichem Substanzmissbrauch und der breiteren Population von Kindern, die aus anderen Gründen in Pflegefamilien aufgenommen wurden. 2. Eine Vergleichsgruppe von Kindern in Pflegefamilien aus anderen Gründen als der elterlichen Substanzmissbrauch (abgestimmt auf Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit) wird verwendet, um Unter-	Merkmale, Erfahrung mit Fremdunter-bringung und Entlassungsergebnisse von Kindern, die aus der elterlichen Sorge entlassen wurden und aufgrund des elterlichen Substanz-miss-brauchs in Pflegefamilien aufgenommen wurden.	In Bezug auf die Vergleichsprobe ist es weniger wahrscheinlich, dass Kinder, die wegen elterlichem Substanzmissbrauch fremduntergebracht wurden, aufgrund von gleichzeitig auftretender Vernachlässigung und körperlichem oder sexuellem Missbrauch fremduntergebracht wurden und häufiger in Pflegefamilien aufgenommen werden. Darüber hinaus bleiben diese Kinder länger in Pflege, erleben ähnliche Rückführungsraten und haben signifikant höhere Adoptionsraten. Kinder mit Behinderung: Die Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch) hatte einen signifikant geringeren Anteil an Kindern mit einer erkannten Behinderung, $\chi 2$ (1, n = 2.587) = 14,33, p <.001. Kinder mit Diagnose psychischer Erkrankungen: Die Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch) hatte einen signifikant geringeren Anteil an	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Zusammenfassend trägt diese Studie zur Literatur über die Kinder von Eltern mit Substanzmissbrauch bei und ist unseres Wissens nach eine der wenigen Studien, in denen Kinder, die als direkte Folge der elterlichen Substanzmissbrauchs fremduntergebracht sind, untersucht werden. Die Verwendung einer demografisch passenden Vergleichsgruppe bietet einen starken methodischen Rahmen, um Rückschlüsse auf den Einfluss solcher Vermittlungsgründe auf die Erfahrung mit Fremdunterbringung von Kindern zu ziehen. Ein erweitertes Verständnis der Merkmale und Platzierungserfahrungen dieser Untergruppe von Kindern ist wesentlich für die Entwicklung von empirisch basierten Präventions- und Interventionsprogrammen zur Verbesserung der Sicherheit und Dauerhaftigkeit und letztlich des Kindeswohls für Kinder von Eltern mit Substanzmissbrauch.

		den aufgrund fehlender demographischer Schlüsseldaten ausgeschlossen → 1.333 Kinder wurden in die Analyse einbezogen <u>Kinder in Fremdunterbringung (aus andere Gründe)</u>: verbleibende 4.554 Kinder (anschließend nach Alter, Geschlecht und Ethnie gematched) → 1.333 übereinstimmende Kinder sind in der Analyse enthalten **Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch):** Behinderung: 14,3% DSM-Diagnose: 5,9% Entfernungsgrund Missbrauch: 8,9% Vernachlässigung: 48,7% Verhaltensproblem: 5% Platzierungseinstellung Relative Pflegefamilie: 45,1% Nichtrelative Pflege: 43,4% Gruppenhaus: 2% Notunterkunft: 9,5%	schiede zwischen den Gruppen in den Merkmalen von Kindern und Fällen zu untersuchen. Die psychische Gesundheit des Kindes zeigt an, ob das fremduntergebrachte Kind eine diagnostizierte psychische Erkrankung hatte. Variablen zur Kinderbehinderung und zur psychischen Gesundheit wurden von Fallarbeitern erfasst und basieren auf einer Kombination von Beobachtungen der Fallbearbeiter, Reviews von Aufzeichnungen und Berichten der Eltern.		Kindern mit einer diagnostizierten psychischen Diagnose, $\chi2$ (1, n = 2.606) = 13,21, p <.001. **Grund der Fremdunterbringung**: Die Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch) hatte weniger Kinder, die wegen Missbrauch, $\chi2$ (1, n = 2,666) = 153,77, p <0,001, Vernachlässigung, $\chi2$ (1, n = 2,666) = 12,72, p <.001, oder Verhaltensprobleme des Kindes, $\chi2$ (1, n = 2,666) = 107,30, p <0,001 fremduntergebracht wurden. **Fremdunterbringung**: Kinder aus der Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch) wurden signifikant häufiger bei Verwandten untergebracht, $\chi2$ (1, n = 2.666) = 185,59, p <.001, und signifikant weniger wahrscheinlich bei Nicht-Verwandten, $\chi2$ (1, n = 2.666) = 21.64, p <.001, in Gruppenunterkünften, $\chi2$ (1, n = 2.666) = 87.48, p <.001, oder in Notunterkünften, $\chi2$ (1, n = 2.666) = 28.11, p <.001 untergebracht. **Aufenthaltsdauer in Fremunterbringung**: Die Stichprobe (elterlicher Substanzmissbrauch) blieb länger in der Fremdunterbringung (Mdn = 14,4 Monate) als die Kinder in Fremdunterbringung (aus andere Gründe) (Mdn = 10,9 Monate), $\chi2$ (1, n = 952) = 17,44, p <.001.	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie teilt die fremduntergebrachten Kinder anhand der Gründe der Fremdunterbringung ein: fremduntergebrachte Kinder aufgrund von Substanzabusus der Eltern und fremduntergebrachte Kinder aus anderen Gründen. Der Vergleich der Gruppen zeigt, wie auch von Autoren, erwähnt, dass es Unterschiede in der Unterbringung gibt. Das Sample der Kinder wurde aus dem Register für foster care (Fremdunterbringung /Bereitschaftspflege) gebildet. Auffällig ist, dass bei den Kindern, die aufgrund einer elterlichen Alkohol und Drogenabusus fremduntergebracht wurden keine weiteren Gründe für eine Unterbringung benannt wurden, sodass die Einschätzung der Gefährdung des Kindes nicht vollständig erscheint. Die Diskussion der Studie regt hier eine fachgerechte, multiprofessionelle Einschätzung der Kindeswohlgefährdung an. Inwieweit die Kinder durch die Fremdunterbringung weniger gefährdet sind, geht aus der Studie nicht hervor. **Types of parental substance abuse:** alcohol and other drugs **Types of child maltreatment:** physical or sexual abuse and neglect **Empfehlungen**: Komorbiditäten & Risikofaktoren

EVIDENZLEVEL 3		Stichprobe (andere Gründe): Behinderung: 19,2% DSM-Diagnose: 9,5% Entfernungsgrund Missbrauch: 27,5% Vernachlässigung: 55,6% Verhaltensproblem: 17,8% Platzierungseinstellung Relative Pflegefamilie: 20,3% Nichtrelative Pflege: 52,4% Gruppenhaus: 10,8% Notunterkunft: 16,4% <u>Einschlusskriterien</u>: • Kinder, die während des Beobachtungsfensters fremduntergebracht wurden. <u>Auszugskriterien</u>: • Fehlende demografische Schlüsseldaten (d. H. Alter, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit)				**STÄRKEN:** Die sekundäre Datenquelle ermöglichte die Eruierung von 5909 Kinderschutzfällen **SCHWÄCHEN:** Lediglich rund 23% der Stichprobe werden für die Analyse der Daten verwendet. Die Einteilung der Teilnehmenden wird nicht eindeutig formuliert (selection bias möglich).
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**

Wilson, CR et al. (2008). Parental alcohol screening in pediatric practices. USA	Prospektive Kohortenstudie (multicenter study)	Anzahl der Teilnehmer Von 1028 Teilnehmern stimmten n=929 zu und n= 879 Teilnehmer konnten davon ausgewertet werden Alter der Teilnehmer Durchschnittsalter von 37 ± 8,5 Jahren Geschlecht der Teilnehmer: • Frauen (82.9%) Einschlusskriterien: • Teilnehmer waren Eltern / Betreuungspersonen ≥18 Jahre alt waren, die Kinder zur medizinischen Versorgung vorstellten Ausschlusskriterien: • keine Einwilligung • Eltern wurden ausgeschlossen, wenn sie nicht englisch lesen konnten (n 102).	3 pädiatrische Primärkliniken: **Städtische Einrichtung**: Kinderklinik mit Ambulanz, versorgt alle sozioökonomische Schichten mit ca. 14 000 Patientenkontakten pro Jahr. **Suburbane Einrichtung**: private pädiatrische Praxis, versorgt eine weitgehend weiße, Mittelklasse-Bevölkerung mit ca. 20.000 Patientenkontakten pro Jahr. **Ländliche Einrichtung**: Kinderklinik mit Ambulanz, versorgt hauptsächlich weiße Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status mit ca. 12000 Patientenbesuche pro Jahr. Die Untersuchung wurde von Juni 2004 bis Dezember 2006 durchgeführt. Die Eltern füllten einen anonymen Fragebogen mit demografischen Daten aus; zwei Alkohol-Screening-Tests (TWEAK & Alcohol Use Disorders Identification Test); und Fragen zu ihrem Alkoholkonsum, Akzeptanz des Screenings und vorgeschlagene Interventionen, wenn das Screening-Ergebnis positiv war.	Kinderärzte sind in einer idealen Position, um Eltern ihrer Patienten auf Alkoholkonsum zu überprüfen. Das Ziel dieser Studie war es, die Präferenzen der Eltern in Bezug auf Screening und Intervention für den elterlichen Alkoholkonsum während der Vorstellung beim Kinderarzt zu bewerten.	Insgesamt 929 der 1028 teilnehmenden Eltern stimmten der Teilnahme zu und 879 von 929 beendeten das Screening. Der Großteil der Teilnehmer waren Mütter. Insgesamt 101 von 879 Eltern zeigten ein positives Testergebnis entweder beim TWEAK oder beim Test zur Identifizierung von Alkoholkonsumstörungen. Eltern mit einem negativen Alkohol-Screening stimmten eher einer Nachfrage zu ihrem Alkoholkonsum zu als Eltern mit einem positiven Alkohol-Screening. Es gab keine signifikanten Unterschiede in den Präferenzen in Alkohol-positiven und Alkohol-negativen Gruppen für das Screening durch den Kinderarzt oder den computergestützten Fragebogen. Die am meisten bevorzugte Intervention für die Alkohol-positive Gruppe war die zusätzliche Information des Kinderarzt über das Trinken und seine Wirkung auf ihr Kind und Informationen über Alkoholismus zu geben. Die Akzeptanz Alkohol-positiver Männer war höher als die bei Alkohol-positiver Frauen. Neben den Routinevorstellungen war der Vorstellungsgrund bei etwa die Hälfte der Teilnehmer ein Notfall.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Eine Mehrheit der Eltern ist einverstanden, in der Kinderarztpraxis auf Alkoholprobleme befragt zu werden. Ungeachtet ihres Alkohol-Screen-Status akzeptieren die Eltern, dass sie vom Kinderarzt, einem computergestützten Fragebogen oder einem selbstauszufüllenden Bogen befragt werden. Eltern, die ein positives Testergebnis haben, ziehen es vor, dass der Kinderarzt das Problem weiter mit ihnen diskutiert und Möglichkeiten zur Behandlung bereithält. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie lässt Rückschlüsse zu, dass die Eltern, die einen Kinderarzt aufsuchen auch bereit sind, nach ihren eigenen Problemen befragt zu werden und einem Hilfsangebot gegenüber offen sind.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** gut beschriebenes Outcome **SCHWÄCHEN:** Performance bias: unter welchen Umständen die Befragung erfolgte

			TWEAK-positiv ist definiert durch einen Score von ≥ 2 für Frauen und ≥ 3 für Männer. AUDIT-positiv ist definiert durch einen Score von ≥ 6 für Frauen und ≥ 8 für Männer. Alkohol-positiv ist definiert durch Screening positiv entweder auf TWEAK oder AUDIT.			

Kindervorsorgeuntersuchung						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Hoytema van Konijnenburg, EMM et al. (2013). Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. Ägypten Italien USA	Systematic Review (bestehend aus 3 Beobachtungsstudien)	Von 4499 Titeln wurden 3 Studien gewählt, vereinzelt dargestellt: <u>1.Affi et al. (Ägypten):</u> Querschnittsstudie mit 555 PatientInnen (12–18 Jahre; mittleres Alter 15.6 ±1.5 Jahre) Hauptziel: Prävalenz von Kindeswohlgefährdung und Risikofaktoren von Schulkindern in Ägypten <u>2. Palazzi et al. (Italien):</u> Querschnittsstudie mit 10,175 PatientInnen (0-14 Jahre; mittleres Alter 4.8 ±3.9 Jahre) Hauptziel: Prävalenz von Kindeswohlgefährdung und Risikofaktoren bei Kindern in Italien <u>3. Rosenberg et al.1982 (USA):</u> prospektive Studie mit einem follow-up von 1 Jahr mit 476 PatientInnen (0–2 Jahre) <u>Hauptziel:</u>	<u>Systematische Suche:</u> Die Suche erfolgt in verschiedenen Datenbanken von MEDLINE (PubMed und Ovid, von 1947 – 8.August 2013), EMBASE (von 1980 – 8.August 2013), PsychINFO (von 1806 – 8.August 2013), CINAHL (von 1982 – 8.August 2013) und ERIC (von 1965 – 8.August 2013). <u>Suchstrategie:</u> Kombination mit ‘AND’, von ‘physical examination’, ‘child’, and ‘abuse’. Synonyme der 3 Komponenten wurden mit ‘OR’ kombiniert. Zusätzlich wurden Experten nach passenden Artikeln befragt. <u>1.Affi et al. (Ägypten):</u> Index-Test: vollständige körperliche Untersuchung durch den Arzt mit der Suche nach Zeichen einer Misshandlung Referenz: Die Angaben des Schulkindes werden mit den Befunden der körperlichen Untersuchung verglichen.	Genauigkeit diagnostischer Tests	Die Prävalenz der Auffälligkeiten bei einer körperlichen Untersuchung ohne Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung lag zwischen 7.8% bis 14.6%. Die Prävalenz der bestätigten Zeichen einer körperlichen Misshandlung lag bei 0.8% bis 13.5%. Es konnte in keiner der drei Studien Angaben zur Sensitivität und Spezifität einer körperlichen Untersuchung als diagnostisches Mittel bei Kindeswohlgefährdung angegeben werden.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Prävalenz bestätigter körperlicher Zeichen einer Kindesmisshandlung wird mit 0.8% bis 13.5% angegeben. Eine Aussage zur Sensitivität und Spezifität der körperlichen Untersuchung (ohne weitere Hinweiszeichen auf eine Kindeswohlgefährdung) als diagnostisches Mittel bei Kindeswohlgefährdung kann nicht angegeben werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Keine der Studien hat das Ziel, die diagnostische Akzeptanz eines Instruments zur Erkennung einer KWG zu überprüfen. Die Bestätigung einer Misshandlung ist vage definiert in den Studien. Weil keine der Studien Werte für die Sensitivität und Spezifität angibt, konnte keine Schlussfolgerung über den diagnostischen Wert eines körperlichen Screenings bei Kindern ohne vorherigen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung gemacht werden.
Evidenzlevel 2++						**Stärken:** gut beschriebene Intervention und Auswertung der Ergebnisse **Schwächen:** nicht erkennbar

		Untersuchung des Screening-Verfahrens für Kindeswohlgefährdung in Notaufnahmen Die Suche beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit Screening-Instrumente (insbesondere die körperliche Untersuchung) als diagnostisches Mittel für Kindeswohlgefährdung genutzt werden können. <u>Einschlusskriterien:</u> - jede empirische Studie für Kinder von 0-18 Jahren, die sich in jedem Setting des Gesundheitswesens vorstellen - Evaluation einer vollständigen körperlichen Untersuchung (mindestens Inspektion von Haut- und Mundbefund), als Teil eines Screening-Verfahrens für Kindeswohlgefährdung - Die körperliche Untersuchung (Screening) soll auf etwas Bezug nehmen und verglichen werden (Gericht, Jugendamt, Expertengre-	<u>2. Palazzi et al. (Italien):</u> Index-Test: vollständige körperliche Untersuchung soweit möglich und besonders bei jungen Kindern Referenz: 6- Punkte-Verdachts-Index für Kindeswohlgefährdung (entworfen von einem Experten-Gremium regionaler Kinderschutzgruppen) <u>3. Rosenberg et al.(USA):</u> Index-Test: Betreuungsperson entkleidet das Kind, Pflegekraft bewertet Pflegezustand, Vorhandensein eines Flachschädels, von Hämatomen, thermischen Verletzungen oder Bissen Referenz: Nach einem Jahr wird im Kinderschutz-register nach einem Eintrag gesucht			

		mium, Rechtsmediziner, Eigenauskunft). <u>Ausschlusskriterien:</u> - Studien zu körperlichen Untersuchungen aufgrund eines bestehenden Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung - Studien zu körperlichen Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Nothhafft. (2008). Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Deutschland	Narrative Übersichtsarbeit	Landesgesetzliche Regelungen zum Kinderschutz in einzelnen Bundesländern Insbesondere Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt (Entwurf) haben weit über den Aspekt der Früherkennungsuntersuchung hinausgehende Gesetze zur Qualifizierung des Kinderschutzes vorgelegt.	Synopse und Analyse der landesgesetzlichen Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge	Gesetzgebung in einzelnen Bundesländern, Konkretisierungen der Aufgaben im Kinderschutz und Vorgaben zur Kooperation beim Kinderschutz und bei der Verbesserung der Kindergesundheit	Obwohl repräsentative Daten hierzu fehlen, deuten Einzelbefunde darauf hin, dass niedergelassene Kinderärzte/Kinderärztinnen teilweise nicht über ausreichende Informationen über das Hilfeangebot der Jugendhilfe verfügen oder nicht ausreichend befähigt sind, Eltern zu einer freiwilligen Inanspruchnahme von Erziehungshilfen zu ermutigen.[18] Zum anderen deutet die Befundlage darauf hin, dass die Sensitivität der Vorsorgeuntersuchung-en in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Miss-handlung oder Vernachlässigung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Beziehungsanomalien, eher gering ist, so dass sich die Frage nach Möglichkeiten der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Fokussierung der jüngsten Ländergesetzgebung zum Kinderschutz auf das Instrument der Früherkennungsuntersuchungen ist dennoch eher ein deutscher Sonderweg und findet sich so nicht in der internationalen Diskussion zu den Instrumentarien eines verbesserten Kinderschutzes. Natürlich findet im Rahmen einer Früherkennung auch eine eingehende körperliche Untersuchung statt, so dass einige potenzielle Symptome von Kindesmisshandlung erfasst werden könnten. Bislang ist diese klinische Untersuchung jedoch nicht standardisiert. Früherkennungsuntersuchungen sind deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein zielgerichtetes Instrument zum Erkennen gewichtiger Anhaltspunkte für eine

					Qualitätsverbesserung stellt. Bislang ist diese klinische Untersuchung jedoch nicht standardisiert. Früherkennungsuntersuchungen sind deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein zielgerichtetes Instrument zum Erkennen gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung aus ärztlich-medizinischer Sicht. So ist etwa festzustellen, dass trotz hoher Grundqualifikation der in der Kinder- und Jugendhilfe tätigen Fachkräfte und trotz international anerkannter Qualifikation in Deutschland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte vielfach ausgeprägte spezifische Unsicherheiten im Hinblick auf Einschätzung und Diagnose bei Kindeswohlgefährdung, aber auch im Hinblick auf fachlich erforderliche Handlungsstrategien bestehen. Dies hat sich über verschieden angelegte Studien zeigen lassen, zudem sprechen hier die Anmeldezahlen für seit kurzem verstärkt angebotene Fortbildungen im Kinderschutzbereich eine deutliche Sprache.	Kindeswohlgefährdung aus ärztlich-medizinischer Sicht. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Dem Ergebnissen zu Folge ist eine Früherkennungsmaßnahme im Rahmen der U-Untersuchungen kein alleiniges Instrument zur verbesserten Erkennung und Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung. Es herrscht eine Unsicherheit in den Handlungsstrategien von Ärzten vor, die ein Fortbildungsangebot braucht.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Früherkennungsuntersuchungen werden hinsichtlich der Kooperation im Kinderschutz und möglichen Verbesserungen im Kinderschutz untersucht. **SCHWÄCHEN:** Die systematische Eruierung der Datenlage fehlt. Dadurch sind Selection und Detection Bias möglich.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und	Evaluation durch quantitative und qualitative	Die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz werden mit den Effekten	Aus den 3 Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz werden vergleichend Erfahrungen mit dem	Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung	Nordrhein-Westfalen – In Bezug auf die Erkennung und Vermeidung von Kindeswohlgefährdung wurden einige (wenige) Fälle durch die Intervention	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Ein zentraler Hebel zur Prävention von Kindeswohlgefährdungen ist die Wei-

Verbraucher-schutz (2014) Deutschland	Datener-hebung	des Kinderschutz-gesetzes in Sachsen verglichen. Die wesentlichen Ziel-setzungen des Sächsi-schen Kindergesund-heits- und Kinderschutz-gesetzes vom 11. Juni 2010 sind die Gesund-heits-förderung und die Vermeidung von Kin-deswohlgefährdung: zu den zentralen Maß-nahmen gehören das Einladungs- und Erinne-rungsverfahren zu den Früherkennungs-untersuchungen U4 bis U8 sowie die Bildung Lokaler Netzwerke.	Meldeverfahren der Früherken-nungsuntersuch-ungen darge-stellt. Die jeweiligen Regelungsmodel-le in den ausgewählten Bundes-ländern sowie die Unterschiede zum sächsischen EEV werden beschrieben. Analysen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Weiterentwick-lung des SächsKiSchG.		aufgedeckt. Von den gesamt 26.371 Kindern, bei denen im Untersu-chungszeitraum von Februar bis Oktober 2010 eine Nichtteilnahme an der Früherkennungsuntersuchung registriert wurde, wurden - aus-schließlich über die Meldung des LZG - in vier Fällen Indizien für eine Kin-deswohlgefährdung im Sinne des § 8a SBG VIII gefunden. Hessen – Ob mit dem Gesetz auch ein verbesserter Kinderschutz erreicht werden konnte, wurde nicht unter-sucht: Es liegen keine Aussagen zur Ermittlung von Fällen von Kindes-wohlgefährdung vor. Der Bericht liefert auch keine Hinweise auf (ggf. weiterhin) fehlerhafte Meldedaten-übermittlung und mangelhafte Mel-depraxis der hessischen Kinderärzte, die als Hauptfehlerquellen des Ver-fahrens angesehen werden. Rheinland-Pfalz – In knapp 3 % der dem Jugendamt gemeldeten Fälle wurde im Zuge der nachfolgenden Intervention eine Gefährdung er-kannt (44 Fälle in 2011). Dabei han-delte es sich insbesondere um Risiko-familien, die bereits im Kontakt mit dem Jugendamt standen. Die Ergeb-nisse sprechen dafür, dass die Kinder- und Jugendhilfe bereits über gute Zugänge zu Familien mit Kleinkindern und Säuglingen insbesondere in Prob-	terentwicklung der Netzwerkarbeit. Die Netzwerke „Kinderschutz und Frühe Hilfen“ verbinden die Anliegen des Kinderschutzes, der Frühen Hilfen und der frühen Förderung von Kindern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Gegenüberstellung der Bundesländer und die quantitative Erhebung in Sachsen machen es nicht möglich, einen deutlichen Effekt der Gesetzes-änderungen im Bereich der Früherken-nungsmaßnahmen auf die Erkennung oder Vermeidung von Kindeswohlge-fährdung erkennen zu lassen. Die Be-fragung in Sachsen hingegen, greift Hindernisse auf, die einem verbesser-tem Kinderschutz im Weg stehen.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Kombination aus Umfrage und statistischer Erhebung stärkt die Aussagekraft der Ergebnisse. **SCHWÄCHEN:** Die Befragung bezieht sich lediglich auf Sachsen (Fokus der Erhe-bung) und nicht auf die weiteren 2 Bundesländer, die ebenfalls statistisch untersucht wurden.

					lemlagen verfügen. Unterstrichen wird jedoch die Notwendigkeit der personellen und fachlich qualifizierten Ausstattung der Jugendämter. Sachsen – Auch wenn im Zeitverlauf zunehmend Fälle von den Gesundheits- an die Jugendämter zur weiteren Prüfung weitergeleitet werden, bleibt die absolute Zahl der Fälle gering. Auf eine relative Darstellung wird daher verzichtet. Die Zahl der Meldungen ohne vorherige Kontaktaufnahme (Tabelle 4-8) lag 2011 bei 2 und 2013 bei 20 Fällen. In diesen Fällen ist entsprechend die Wahrscheinlichkeit höher, dass sich der Verdacht auf eine konkrete Kindeswohlgefährdung nicht bestätigt. Vielmehr legen die erhöhten Fallzahlen die Vermutung nahe, dass die Gesundheitsämter entsprechend dem EEV sensibler werden und sich häufiger über eine Meldung an das Jugendamt absichern. Insgesamt werden wenige Fälle gemeldet, wobei diese Fälle häufiger unkonkret sind, weil keine eigene Kontaktaufnahme möglich war. Diese Entwicklung kann zum einen ein Zeichen dafür sein, dass die Gesundheitsämter dem Ziel des EEV entsprechend vorsichtiger geworden sind. Gleichzeitig verdeutlicht dies die	

					begrenzten Möglichkeiten der Gesundheitsämter, Verdachtsmomente selber aufklären zu können. Außerdem besteht vereinzelt die Vermutung, dass **Ärzte**, die Früherkennungsuntersuchungen durchführen und keine Pädiater sind, möglicherweise ungenügend informiert sind, um Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen und insbesondere Kindeswohlgefährdungen zu erkennen. Zwar widersprechen die im Rahmen der Online-Befragung erhobenen Antworten diesem Eindruck. Allerdings erklärt ein Allgemeinarzt im Rahmen der Fachgespräche, dass er sich einen Handlungsleitfaden für Fälle wünschen würde, in denen er den Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung hat. Etwas geringer schätzen [**Netzwerkkoordinatoren**] die Wirkung auf die Erkennung von Kindeswohlgefährdung ein. Zwar gibt die große Mehrheit der Koordinatoren an, dass „eher“ der Meinung sind, dass auch Kindeswohlgefährdungen durch die Früherkennungsuntersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Nur eine Person stimmt dieser Aussage allerdings „voll und ganz zu“. Probleme bei der Erkennung von Gefährdungen könnten aus ihrer Sicht vor allem aus zwei Gründen entstehen:	

					Zum einen wird häufig angemerkt, dass die Zeit, die den Ärzten für die Untersuchungen zur Verfügung steht, sehr kurz ist. Deswegen können Gefahren nur „bei offensichtlichen Mangelerscheinungen oder körperlichen Vernachlässigungs- und Misshandlungstendenzen mit Sicherheit […]“ erkannt werden. Zweitens wird von zwei Netzwerkkoordinatoren angegeben, dass voraus gesetzt werden muss, „dass der Arzt Wissen / Kenntnisse zu KWG haben muss. Auch zu KWG wie Vernachlässigung und / oder emotionale Kindesmisshandlung. […]“ Ähnlich skeptisch in Bezug auf die Sensibilität und Handlungssicherheit der Ärzte äußert sich ein weiterer Koordinator und erklärt: „[…] niedergelassene Kinderärzte sind kaum zum Thema Kindeswohlgefährdung sensibilisiert und schauen eher weg“. Die **Jugendämter** bewerten die Wirkung der Früherkennungsuntersuchungen im Bereich der Kindeswohlgefährdung eher gering. Kein Jugendamt stimmt „voll und ganz“ zu, dass diese im Rahmen der Untersuchungen rechtzeitig erkannt werden können. Fünf Ämter stimmen „eher“ zu, zwei „eher nicht“ und eins sogar „gar nicht“. Aus ihrer Sicht sind die Untersuchungen wesentlich besser geeignet, um Entwicklungs- und Gesund-	

					heitsstörungen bei Kindern rechtzeitig zu erkennen. Einstimmig geben sie an, dass die Untersuchungen in diesem Bereich sinnvoll sind.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Thaiss et al. (2010). Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz - Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Deutschland	Narrative Übersichtsarbeit	6 Bundesländer werden detaillierter beschrieben: Saarland, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Schleswig-Holstein Saarland: Gesetz zum Schutz der Kinder (vom 07.02.2007) Rheinland-Pfalz: Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit (vom 1.3.2008). Brandenburg: WHO „Safe Communities“ Nordrhein-Westfalen: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Bremen: Gesetz zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Kindesvernachlässi-	Darstellung der rechtlichen Regelungen, die vorrangig auf Unterstützung und Förderung von Kindern und Eltern setzen	Effekte im Hinblick auf Verbesserung des Kinderschutzes	Saarland: Die Untersuchung des Kindes bei einer Ärztin/einem Arzt soll nach dem Gesetz als Screeninginstrument in einem umfassenden System der Frühen Hilfen fungieren, um eine mögliche Gefährdung des Kindeswohles in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht zu erkennen, die sich aus Belastungen seitens des Kindes oder einer familiären Konfliktlage heraus ergeben können, und zur Einleitung adäquater Beratung und Hilfen führen. → Umfassende Aussagen zu den Effekten im Hinblick auf Verbesserung des Kinderschutzes liegen noch nicht vor; die Evaluation des Gesetzes erfolgt im Laufe des Jahres 2010. Rheinland-Pfalz: Einladungs- und Meldeverfahren zu den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ist im Landesgesetz § 5 ff geregelt (1.3.2008). → Direkte Auswirkungen auf den Schutz von Kindeswohl lassen sich aus den bisher vorliegenden Daten – die Auswertungen der Meldungen an Gesundheits- und Jugendämter und Maßnahmen im Rahmen des Verfahrens – nicht	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* [Es ist] dringend geboten, den Gemeinsamen Bundesausschuss nachdrücklich erneut um die Novellierung der „Kinderrichtlinie“ zu bitten und die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen den Realitäten der kindlichen Welt des 21. Jahrhunderts anzupassen, verbunden mit einer begleitenden Evaluation der Ergebnisse. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Autoren zeigen die gesetzlichen Veränderung in 6 verschiedenen Bundesländern auf. Allerdings machen sie auch deutlich, dass es bislang keine Ergebnisse gibt, ob die Veränderungen zu einer Verbesserung im Kinderschutz geführt haben.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** 6 verschiedene Bundesländer werden übersichtlich und passend zu der Thematik dargestellt. Rechtlich geltende Regelungen stehen im Fokus. **SCHWÄCHEN:** Quellen werden zitiert, allerdings fand keine systematische Literaturrecherche und Auswertung statt. Dadurch sind publication und

		gung (vom 30.04.2007) Schleswig-Holstein: Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen (vom 1.4.2008)			ableiten. Diese Daten sind allenfalls Anhaltspunkte. Brandenburg: Zertifizierung als Safe Region innerhalb des WHO-Programms „Safe Communities“ → Eine Gegenüberstellung mit genauen Ergebnissen kann ab 2011 erfolgen. [...] Zutreffende Hinweise auf Kindeswohlgefährdung erhielt das Landesgesundheitsamt bisher keine. Nordrhein-Westfalen: Meldeverpflichtung für Ärztinnen und Ärzte ist im Heilberufsgesetz (HeilBerG § 32a) verankert, die Aufgaben der beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA.NRW) eingerichteten „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ sind im Gesetz (ÖGDG NRW, § 27 Absatz 3) festgeschrieben. → Zum jetzigen Zeitpunkt (April 2010) sind noch keine belastbaren Aussagen möglich, ob durch das Verfahren die Teilnahmequoten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gesteigert werden oder ob Fälle von Kindeswohlgefährdung erkannt werden konnten. Bremen: Das Gesetz sieht vor, dass Kinder zu den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 schriftlich eingeladen werden. Eine der Einladung anhängende Bestätigung über die durchgeführte Untersuchung wird von den Eltern zum Untersuchungs-	selection bias, bezogen auf die Auswahl d. Evidenz, möglich.

					termin mitgebracht, in der Arzt-Praxis abgestempelt und von dort der einladenden Stelle zurückgesandt. Die durchführenden Ärzte sind hierzu durch das Kindeswohlgesetz verpflichtet. → Dass die Implementation des „verbindlichen“ Einladungsverfahrens zu einem Rückgang oder einer frühzeitigeren Entdeckung von Kindesvernachlässigung oder Kindesmisshandlung geführt hat, lässt sich dagegen aus dem Datenmaterial nicht darstellen. Schleswig-Holstein: Neben konkreten Interventionsmaßnahmen umfasst das Gesetz das gesamte System aus Prävention und Frühen Hilfen für Familien. → Teilnahmequote an den Früherkennungsuntersuchungen ist gestiegen Fazit: 1. Verfahren sind als ausschließliches Instrumentarium, um gravierende Fälle von Kindeswohlgefährdung lückenlos zu identifizieren, nur sehr bedingt geeignet, 2. verbindliche Früherkennungsuntersuchungen und der dabei entstehende Arztkontakt sind sehr wohl geeignet, im Rahmen der Anamneseerhebung, der körperlichen Untersuchung und der Betrachtung des sozialen Umfelds entscheidende Hinweise in Verdachtsfällen von Kindesvernachlässigung, Kindesmiss-	

					brauch und Kindeswohlgefährdung liefern und Interventionsmöglichkeiten bieten zu können, 3. diese lernenden Systeme in Verfahrensfragen sind durchaus noch optimierbar.	

Kooperation						
EFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Amt für Soziale Dienste Bremen (2009). Bremer Qualitätsstandard: Zusammenarbeit im Kinderschutz. Amt für Soziale Dienste Bremen, Fachabteilung Junge Menschen. Deutschland	Expertenmeinung Bremer Qualitäts-standard „Zusammenarbeit im Kinderschutz“	Der Bremer Qualitätsstandard beruht auf Untersuchungen & der konzeptionellen Weiterentwicklung moderner Hilfepraxis bei Kindesmisshandlung & Vernachlässigung. Konkrete Notwendigkeit für die Fassung: Scheitern im Bremer Kinderschutz-System. Kindesmisshandlung & -vernachlässigung	Expertenmeinung von Arbeitsgruppen Bremer Kinderschutz-Fachkräfte der öffentlichen & freigemeinnützigen Kinder- & Jugendhilfe haben zusammen mit einzelnen Kolleginnen & Kollegen aus dem Bereich der Polizei & des Gesundheitswesens Probleme der Zusammenarbeit im Kinderschutz ausführlich untersucht. Qualitätsentwickler des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e. V. (Berlin), Prof. Dr. Reinhart Wolff (Berlin) & Dr. Remi Stork (Münster) haben diese Arbeit begleitet.	Qualitätsstandard für die „Zusammenarbeit im Kinderschutz”	Wenn Zusammenarbeit gelingt, profitieren alle am Prozess Beteiligten. Dabei sind formelle Regelungen hilfreich. Neben definierte Strukturen, festgelegte Ablaufpläne & Weisungen von oben nach unten sind offene, auf Dialog & Konsens hin angelegte Netzwerke des partnerschaftlichen Zusammenwirkens erfolgreicher. Zusammenarbeit gelingt besser, wenn die Fachkräfte in der gemeinsamen Aufgabe beziehungsmäßig miteinander verbunden sind, wenn sie konsistent & fair, auf Augenhöhe, die anderen achtend, miteinander umgehen, wenn sie einander vertrauen & einander wertschätzen. Eckpfeiler für gute Zusammenarbeit: - Gemeinsame Leitbilder & Visionen unterstützen Identifikation & Rollenklarheit - Achtsame & lernende Organisation: Review von Fehlern (auch: bei Problemen & in Krisen ist es normal Kolleginnen, Kollegen & Leitungskräfte um Hilfe zu bitten); Balance von Regelung & Flexibilität; Hochachtung vor fachlichem Wissen & Können. Damit Kinderschutz gelingt, müssen in allen Organisationen, die sich am Kinderschutz beteiligen, d.h. auch in Schulen, Kindertagesheimen & bei der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Gute Zusammenarbeit ist der Eckstein des Qualitätsmanagements in der Kinderschutzarbeit. Er kann nicht einfach gesetzt werden, sondern man muss ihn in Bezug auf die Erfahrungen aller Beteiligten & unter Berücksichtigung fachlich-wissenschaftlicher, rechtlicher & normativer Kriterien allererst herausarbeiten. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Der Bremer Qualitätsstandard für Zusammenarbeit im Kinderschutz fokussiert 3 Hauptpunkte: Zusammenarbeit mit Familien, Zusammenarbeit in der Kinderschutzorganisation und im Team & Zusammenarbeit im Hilfesystem. Die Qualitätsstandards werden allgemein aber ausführlich aufgeführt.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** GUTE DARSTELLUNG DER QUALITÄTSSTANDARDS FÜR KOOPERATION **SCHWÄCHEN:** VERÖFFENTLICHUNG VOR DEM BUNDESKINDERSCHUTZGESETZ

					Polizei, das nötige Wissen & entsprechende Handlungskompetenzen vorhanden sein, die für die Zusammenarbeit im Kinderschutz unerlässlich sind. Folgende Aspekte in Netzwerken müssen balanciert werden: - Netzwerkvision: gemeinsame Idee des Kinderschutzes: Diese Idee kann nicht einfach beschlossen werden; sie muss vielmehr permanent verhandelt & weiterentwickelt werden. - Netzwerkkoordination: Spontane, situationsorientierte Zusammenarbeit, die auf aktuellen Bedürfnissen einzelner Organisationen basiert, & formale & dauerhafte Koordinierung. - Interaktionsdichte: Regelmäßigkeit in der Zusammenarbeit der Organisationen, um sich kennen zu lernen, Vertrauen aufzubauen & miteinander zu lernen	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Carter YH et al. (2006).Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions.. UK	Systematic Review	6883 Studien wurden identifiziert 22 Studien erfüllten die Einschlusskriterien 15 Studien relevant für Trainings-Interventionen (UK = 6, USA = 6, andere = 3) 7 Studien waren relevant für Verahrens-Interventionen	Systematische Suche in folgenden Datenbanken: Medline, ERIC, PsycINFO, IBSS, CINHAL, PubMed, NSPCC Database, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCTR), ASSIA (Applied Social Science Index	Verfahrens- oder Trainingsinterventionen zur Teilnahme von Angehörigen der Gesundheitsberufe an der Kinderschutzarbeit, mit Maßnahmen zum Erlernen von Erkenntnissen (Wis-	Sechs der Verfahrens-Interventionen zeigten Verbesserungen bei der Erfassung einer Reihe wichtiger Informationen, die für Fälle bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und -vernachlässigung relevant sind. Eine Studie zeigte, dass nach der Einführung einer Checkliste mit Hervorhebung von Faktoren bei misshandlungsbedingten Verbrennungen eine Erhöhung der Prozentsatz der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Alle Fachleute, die mit Kindern und ihren Familien in Kontakt treten, sollten durch eine gute Verfahrensführung und ordnungsgemäß ausgearbeiteten Trainingsmodelle gut unterstützt werden. Es besteht auch die Notwendigkeit, die Auswirkungen verbesserter Verfahrensinterventionen und Schulungen auf eine Reihe von vereinbarten langfristi-

EVIDENZLEVEL 2++		(UK = 4, USA = 3) <u>Einschlusskriterien</u>: -Studien in englischer Sprache -Studien, die primär Auswertungen über die Auswirkungen von Verfahrens – oder Ausbildungsmaßnahmen bei der Teilnahme von Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Kinderschutzarbeit, mit Maßnahmen der Lernleistung (Wissen, Anerkennung), Einstellungsänderung (z. B. Vertrauen) oder Verhalten (Dokumentation, Muster bei der Vorstellung und Überweisung) vornehmen.	and Abstracts) und im worldwide web in englischer Sprache. Suche in den Datenbanken von Januar 1994 bis März 2005.	sen, Anerkennung), Einstellungsänderung (z. B. Vertrauen) oder Verhalten (Dokumentation, Muster bei der Vorstellung).	Meldungen an soziale Dienste erfolgte; Allerdings gab es eine nicht signifikante Erhöhung von verifizierten Fällen von Misshandlung. Eine weitere Studie konnte nur teilweise Verbesserungen in der Dokumentation nach der Verwendung einer strukturierten Form zeigen; die Fallzahl war begrenzt. Mehrere Studien zeigten bei Verfahrens-Interventionen eine deutliche Zunahme der Wachsamkeit durch das klinische Personal, Kindesmisshandlung in Betracht zu ziehen; dies betrifft vor allem das medizinische Personal. Einfache Verfahrens-Interventionen wie die Verwendung von Checklisten und Flussdiagrammen sind in der Regel mit sinnvollen Verbesserungen bei der Erfassung von Fragen des Kinderschutzes und der Sensibilisierung der Gesundheitsexperten verbunden; Allerdings hat sich bislang kaum eine rigorose Bewertung des Kinderschutztrainings ergeben. Es gibt ein gewisses Maß an Evidenz für den Zugewinn bei der Kombination aus Verfahrens-Interventionen mit Training. Es gibt Hinweise darauf, dass bestimmte Arten von Kinderschutz-Training das Fachwissen, die Einstellungen und das Verhalten in Bezug auf Kinderschutzfragen positiv beein-	gen Ergebnissen zu bewerten, die solche Parameter wie die Überweisungsraten für Kinderschutzeinrichtungen und die Anzahl der Kinder einschließen könnten, von denen bekannt ist, dass sie misshandelt worden sind. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Der Teil des Systematic Review mit Interventionen zum Verfahren wurden keine RCTs zur Beurteilung eingeschlossen. Alle Studien waren mit einem Pre-Post-Intervention Design mit einer Stichprobengröße > 100. Es gibt wenig Evidenz, um eine Entscheidung zu unterstützen. Obwohl einige Informationen in dem Artikel fehlen (ausgeschlossene Artikel sind nicht aufgeführt; der Publikationsstatus wird bei den Ein-/Ausschlusskriterien nicht erwähnt; unabhängige Extraktion der Daten), werden die Ergebnisse der vorhandenen Studien transparent beschrieben und die Evidenzlage dargelegt. Auf Grund der wenigen Mängel ist die Qualität des Systematic Reviews etwas geschwächt. Checklists und Flowcharts zeigen Verbesserungen in der Dokumentation und decken damit mehr KWG auf. Training ist nicht gut durch Studien evaluiert, oder Studien sind methodologisch nicht stark und stark eingeschränkt im Design und ihren Endpunkten. Aussagen über die Effektivität eines Trainings können nicht gemacht werden.

					flussen können. Allerdings sind weitere Arbeiten erforderlich, um die wirksamsten Strategien zu ermitteln, um sicherzustellen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihre Verantwortung im Hinblick auf den Schutz des Kindes erfüllen.	**STÄRKEN:** Es wurde eine gute systematische Literaturrecherche durchgeführt. **SCHWÄCHEN:** Ausgeschlossene Artikel wurden nicht aufgeführt und der Publikationsstatus nicht berichtet. Aufgrunddessen können publication und selection bias nicht ausgeschlossen werden.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) (2016) Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung Empfehlungen für Kinderschutz an	Expertenmeinung	Kinder mit Verdacht auf Kindesmisshandlung und –vernachlässigung	Beschreibung einer Kinderschutzgruppe durch eine Expertenmeinung	Management eines Kindes mit Verdacht auf Kindesmisshan-dlung und-vernachlässigung in einem klinischen Setting	Die komplexe, teils emotional stark belastende Kinderschutzarbeit kann allein stark überfordernd sein– KSG Arbeit dient somit auch der Burnout-Prophylaxe! Aus der fachlichen und persönlichen Kenntnis der Fachleute verschiedener Berufsgruppen innerhalb der KSG resultiert eine verbesserte Kommunikation. Dies führt auch in Krisenfällen zu geringeren Zeit-, Informations- und Reibungsverlusten und ermöglicht eine potenziell raschere Abklärung von Verdachtsfällen. Missverständnisse sind schneller auszuräumen. In den Diskussionen bringt jedes Teammitglied seine persönliche und berufliche Erfahrung ein; dadurch	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz von Verdachtsfällen durch Ambulanz- und Stationsärzte. Daraus ergibt sich eine innerklinisch breitere, multiprofessionelle und fundierter, professionellere Basis für Entscheidungen, weniger Anfälligkeit für emotionale Reaktionen und Fallstricke eines Einzelnen. Mehr Ansprechpartner gewährleisten Versorgung auch bei Abwesenheit Einzelner. Strukturierte Vorgehensweisen, Handlungsrichtlinien und Abläufe vermeiden individuelle Fehleinschätzung und Versäumnisse und sind ein Beitrag für Qualitätssicherung im Kinderschutz.

Kliniken Deutschland					kann eine Situation aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Durch regelmäßige Teambesprechungen erfolgt ein Kennenlernen der Sichtweise anderer Berufsgruppen zur gleichen Fragestellung. Dies erleichtert eine gemeinsame Sprache zu finden und andere Sichtweisen für dieselbe Problematik kennen und verstehen zu lernen. Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz von Verdachtsfällen durch Ambulanz- und Stationsärzte	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Beschreibung einer Kinderschutzgruppe und einer möglichen Leitfaden. Fokus der Beschreibung liegt mit Qualitätsmanagement im Kinderschutz.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Ausführliche Expertenmeinung, die den Fokus auf KSGn zur Verbesserung der Versorgungssituation legt. **SCHWÄCHEN:** Es wurde keine Literatur verwendet.

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2014) Kooperation und Vernetzung im Kinderschutz - Empfehlungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit. Kompetenzzentrum Kinderschutz.	Narrative Übersichtsarbeit	Nicht relevant bei einer Expertenmeinung oder Narrativen Übersichtsarbeit. Es liegen keine Informationen zu einer systematisch gefundenen Artikelanzahl vor. Kinder mit Kindeswohlgefährdung	Expertenmeinung von Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW	Nachhaltige Kooperation, Zusammenarbeit und Vernetzung im Kinderschutz	Zehn Empfehlungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit im Kinderschutz 1. Kooperativer Kinderschutz wird in zwei Richtungen gedacht. 2. Der Grad des Vertrauens, eine gemeinsame Werte- und Zielorientierung, und ein abgestimmte Arbeitsteilung sind prägend für Kooperationen im Kinderschutz. 3. Die gesetzlichen Pflichtinhalte werden in die Vereinbarungen nach § 8a SGB VIII aufgenommen. 4. Das Vorgehen bei einer akuten Kindeswohlgefährdung wird im Voraus geklärt.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es wird deutlich, dass eine gemeinsame Vereinbarungsentwicklung als konstruktiv für die Zusammenarbeit bewertet wird, da sie eine Verständigung über die Gestaltung von Kooperationsbeziehungen angeregt. Daraus können sich nachhaltige Kooperationsstrukturen entwickeln. Kooperationen können durch Vereinbarungen intensiviert werden. Ferner wurde ein Weiterentwicklungsbedarf bestehender § 8a-Vereinbarungen in folgenden Bereichen festgestellt: Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe, Präzisierung des Verfahren in Fällen akuter Gefähr-

Deutschland					5. Der Umgang mit kritischen Momenten im Fallverlauf wird im Voraus vereinbart. 6. Die Beteiligung der Kinder, Jugendlichen und Erziehungsberechtigten wird sichergestellt. 7. Zugang und Finanzierung der Kinderschutzfachkraft wird geregelt. 8. Art und Umfang der Falldokumentation und der Mitteilung an das Jugendamt werden geklärt. 9. Die Datenschutzbestimmungen werden berücksichtigt. 10. Institutionsintern wird sichergestellt, dass die Mitarbeitenden zur Ausübung des Schutzauftrages geeignet und qualifiziert sind. Zur Herstellung von Transparenz ist es zudem ratsam, wenn die Verfahrensabläufe beider Vertragsparteien gegenseitig bekannt sind. Eine klare Auflistung der einzelnen Schritte sollte dem wenn-dann-Prinzip folgen, so dass die innere Logik des Verfahrens deutlich wird. Die Aufnahme der verschiedenen Rechte und Pflichten der Kooperationspartner / innen in die Vereinbarungen schafft Transparenz, Gewissheit und damit Sicherheit bei den Kooperationspartnern. Da eine dauerhafte fallunabhängige Sicherung des Wohls von Kindern und Jugendlichen nur möglich ist, wenn	dung, Partizipation der Betroffenen, arbeitsfeldspezifische Formulierungen, datenschutzrechtlichen Vorgaben und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Es werden zehn Empfehlungen für eine nachhaltige und gelingende Kooperation und Netzwerkstruktur im Kinderschutz vorgeschlagen. Die Empfehlungen sind allgemein und praktisch.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Praktisch relevante Empfehlungen für die nachhaltige Gestaltung einer Kooperation werden dargelegt. **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

					funktionierende Kooperationsbeziehungen bestehen und Verfahrensabläufe für alle Beteiligten klar sind, sollte in regelmäßigen Abständen eine gemeinsame Auswertung der Zusammenarbeit erfolgen, um eine Verbesserung der Gefährdungseinschätzung und der Verfahrensabläufe zu erreichen. Aufgrund der in diesem Zusammenhang gewonnenen Erkenntnisse können die bestehenden Kooperationsvereinbarungen überarbeitet und weiterentwickelt werden.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Gerber & Lillig (2014): Von der Vernetzung zur Kooperation – Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz. Deutschland	Expertenmeinung	Nicht relevant für den Studientyp. Es liegen keine Informationen zu einer systematisch gefundenen Artikelanzahl vor. Erfahrung mit Kooperation und Vernetzung im Kinderschutz: Schwierigkeiten & Verbesserungsbedarf	Fachkräfte für Kinderschutz der Jugendhilfe	Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz	Politisch Verantwortliche und Leitungskräfte blicken anders auf Kooperation als fallzuständige Fachkräfte (Kooperation Ideal zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit vs. kritische Aspekte & Schwierigkeiten in der Realität) Umfrage nach Verbesserungsbedarf (348 Fachkräfte verschiedener Jugendämter nahmen teil): - Häufigste Kooperationspartner: ambulante Hilfen zur Erziehung (HzE) (94 %), Schulen (92 %), Polizei (88 %), Familiengericht (89 %), Kindertageseinrichtungen (87 %) und niedergelassene ÄrztInnen (88 %) Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Kooperation im Kinderschutz: Schulen (61 %), niedergelassene ÄrztInnen (55	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Vernetzung und Kooperation sind als bedeutsame Strategien in der konzeptionellen und strukturellen Qualitätsentwicklung der Kinderschutzarbeit angekommen. Nun werden zeitliche Ressourcen, geeignete Kommunikationsstrukturen und alltagstaugliche Verfahrenswege benötigt, um dies auch auf der interdisziplinären und fallbezogenen Ebene umzusetzen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Die Schwierigkeiten bei interdisziplinärer Kooperation werden aus Sicht der Jugendhilfe exploriert. Durch die Darstellung einer Umfrage unter Jugendamtsmitarbeitern werden Verbesserungsaspekte besprochen und Erfolgs-

					%), Kindertageseinrichtungen (49 %) & Kinder- und Jugendpsychiatrie (43 %) ➔ wechselseitige Wissen wird als zu gering eingeschätzt: Dieser Befund lässt vermuten, dass ausreichendes Wissen voneinander weit mehr ist als das Informiert sein über Zuständigkeiten und Arbeitsweisen. Erfolgsfaktoren für interorganisationale und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation: - strukturelle Voraussetzungen (z. B. fallunabhängig Gelegenheiten für interdisziplinäres Kennenlernen, Klärung von Professions- & Organisationslogiken , Schnittstellenbeschreibung) - Strukturen & Prozesse (gemeinsames Fallverstehen, mehrdimensionales Risikoverständniss, Klärung & ggf. Priorisierung von Hilfezielen) - Aufeinander bezogene & abgestimmte Verantwortungsübernahme für den Hilfeprozess mit psychosozial hoch belasteten Familien (transparente Ziele, Vorgehen) Informationsmanagement (neu in die Fallbearbeitung hinzu kommenden Fachkräften werden informiert)	faktoren für das ergebnisorientierte Gelingen einer Kooperation aufgestellt.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** nicht erkennbar **SCHWÄCHEN:** Es wurde nur sehr wenige Literatur verwendet.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**

Goad J. (2008): Understanding Roles and Improving Reporting and Response Relationships Across Professional Boundaries. USA	Expertenmeinungen	Erzählender Bericht, keine Angaben über Literatursuche <u>Einschlusskriterien:</u> Misshandelte Kinder	Expertenmeinung von professionellen Kinderschutzvereinen mit umfangreichen Bereichen und Erfahrung in der Verwaltung-	Probleme in der Zusammenarbeit und Kommunikation, Lösungen im Kinderschutz	Ich habe ein wichtiges und übergreifendes Problem bei Eingriffen bei misshandelten Kindern beobachtet, welches ist, dass sie zu diskreten, einseitigen Handeln aller Beteiligten neigen. Statt einer Antwort, die das Fachwissen aller Beteiligten kombiniert, gibt es mehrere parallele, aber oft unkoordinierte Bemühungen. Ebenso variieren die Rollenerwartungen in den verschiedenen Disziplinen (z. B. können verschiedene Ärzte aus demselben Krankenhaus sehr unterschiedliche Ansichten über die Rolle des CPS-Arbeiters haben). Das Ergebnis ist, dass niemand wirklich weiß, was er voneinander erwartet Zwangsläufig tritt Verwirrung und der Glaube, der andere würde seine Arbeit nicht erledigen, auf. Häufig missverstandene Vertraulichkeitsanforderungen können die Kommunikation behindern. CPS-Mitarbeiter benötigen offensichtlich medizinische Informationen von Gesundheitsdienstleistern. In Fällen, in denen gerichtliche Schritte erforderlich sind, werden häufig medizinische Unterlagen für Gerichtsverfahren benötigt. Es ist meine Erfahrung, dass Mediziner und Institutionen oft zögern, diese Informationen zu veröffentlichen, weil sie rechtliche Konsequenzen fürchten. CPS-Arbeiter sind sich oft unsicher, was und was nicht sie Pflegekräften	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Fragen der potenziellen Haftung für behandelnde Ärzte sollte geklärt werden. Eine Methode. Es wäre eine Methode notwendig, um die Zeit zur Benachrichtigung von Straf- und Familiengerichten zu bestimmen. Es wäre sicherlich notwendig, den Raum in den Interessenvertretungszentren zu vergrößern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Der Artikel ist lediglich auf das Wissen und die Erfahrungen des Autors gestützt und weist daher einer schwache Evidenz auf. Allerdings werden viele Themen angesprochen und Anregungen für die Umsetzung einer Kooperation, mögliche Barrieren und Vorschläge für Verbesserungen gegeben.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Expertenmeinung von professionellen Kinderschutzverei-nen mit umfangreichen Bereichen und Erfahrung in der Kinderschutzverwaltung- **SCHWÄCHEN:** Erfahrung aus den USA, nicht 100% tragbar im Deutschland

					über Pflegefälle sagen dürfen. Im Allgemeinen sind sie eher nicht gewillt, Informationen mitzuteilen, die sie legal hätten weitergeben können. Offensichtlich hindert dieses unangemessene Zurückhalten von Informationen die Zusammenarbeit. Bei einer physischen Verletzung, die durch Vernachlässigung oder durch medizinische Vernachlässigung bedingt ist, ist eine medizinische Meinung oftmals der Schlüssel zur CPS-Bestimmung. Im Idealfall würde der CPS-Arbeiter Informationen über die Begleitumstände des gemeldeten Vorfall sammeln, einschließlich aller Erklärungen für die physische Präsentation, Informationen über relevante Zeitrahmen (z. B. wann genau das Kind symptomatisch wurde) und relevante Informationen über die Szene bei die angebliche Misshandlung aufgetreten ist (z. B. die Wassertemperatur, die Höhe der Oberfläche, von der aus ein Sturz stattgefunden haben könnte, und die Beschreibung eines Geräts, das angeblich verwendet wurde, um ein Kind zu schlagen). Der CPS-Arbeiter sollte einen Arzt. Wenn der Arzt weitere investigative Informationen zur Meinungsbildung benötigt, sollte der CPS-Arbeiter diese besorgen. Der Arzt sollte, soweit möglich, eine Meinung bilden. Diese Meinung sollte Plausibilität von Erklärung, die Wahrscheinlichkeit,	

					dass die physische Darstellung einer Vernachlässigung oder Misshandlung entspringt (oder nicht), und, wenn es ein solcher Fall war, wer verantwortlich ist. In einigen Fällen ist die medizinische Meinung nahezu immer verbindlich, insbesondere in Fällen der Gedeihstörung, ernsthaften Kopfverletzungen und sexuell übertragbaren Krankheiten bei jungen Kindern. In anderen Fällen sollte die medizinische Meinung einen wichtigen Teil in der Willensbildung des CPS-Arbeiters darstellen.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Homfeldt HG. (2011). Kinderschutz durch gesundheitsbezogene Hilfe als gemeinsame Aufgabe von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule.	Expertenmeinung	Narrative Zusammenfassung, es wird keine spezifische Literaturrecherche genannt. Gesundheitsbezogene Hilfen im Settingkontext von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen in Bezug auf das Lebensalter Jugend.	Der dreizehnte Kinder-und Jugendbericht von 2009 bildet den Darstellungshintergrund	Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung Gesundheit(-sförderung) im Blick von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen Jugendliche als Zielgruppe Kooperationsnotwendigkeiten zwischen Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen Kinder und Jugendliche mit speziellen Versorgungs-	Kooperationsnotwendigkeiten zwischen Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen entstehen aus den wachsenden Risikokonstellationen des Aufwachsens: zum einen ganz grundsätzlich, aber vor allem auch in Bezug auf die wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die durch psychische Probleme ihrer Eltern belastet sind und die wachsende Zahl chronisch kranker Kinder und Jugendlichen. Versorgungsleistungen für Kinder und Jugendliche mit speziellen Versorgungsbedarfen erfolgen in der Regel immer noch durch verschiedene Institutionen an verschiedenen Orten (vgl. Thyen 2010: 231) mit unterschiedlichen Herangehensweisen und Unklarheiten in den Zustän-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Auch wenn die Kooperationsnotwendigkeiten zwischen den familienrelevanten Institutionen bei Kindern und Jugendlichen mit speziellen Entwicklungsbedarfen besonders hoch sind, so ist eine salutogenetisch gestärkte Schule letztlich für alle anderen Kinder und Jugendlichen und die in ihr Tätigen von höchster Bedeutung. ²[…] In vielen Konstellationen, in denen Heranwachsende Förderung und Unterstützung benötigen und die in hohem Maße gesundheitsrelevant sind […] ist eine integrierte Gesamtpolitik erforderlich. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das geltende Bundeskinder-

Deutschland				bedarfen Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern Kooperationsansätze und -perspektiven zwischen Schule, Jugendhilfe und Gesundheitshilfe.	digkeiten. Zwar existieren bereits kommunale Biotope mit mehrjährigen positiven Kooperationserfahrungen vor Ort, sie reichen jedoch bei weitem nicht. Im 13. Kinder- und Jugendbericht (2009) wird [Kooperation zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitshilfe] als Notwendigkeit […] problembezogen reflektiert, aber noch nicht lösungsorientiert entwickelt. Fehlende strukturelle Rahmungen auf der gesamtpolitischen Ebene: 1. Kooperation ist bislang nur für die Träger öffentlicher Jugendhilfe nach § 81 SGB VIII verbindlich, nicht jedoch laut SGB V für das Gesundheitswesen und auf der Ebene der länderbezogenen Gesetzgebungen für die Schule; 2. Bereitstellung finanzieller Mittel; 3. Das Gelingen einer interprofessionellen Kooperation ist keineswegs vorauszusetzen, sondern auf der Grundlage zentraler Gemeinsamkeiten Schritt für Schritt zu erarbeiten. Jede Kooperation ist mit größter gegenseitiger Achtsamkeit umzusetzen.	schutzgesetz ab 2012 sollte berücksichtigt werden, da sich die Möglichkeiten einer Kooperation dadurch erweitert haben. Die Kooperation wird u.a. beschrieben, bezieht sich aber lediglich auf gesundheitsbezogene Hilfen für Jugendliche.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** berücksichtigt der Kooperation der relevante Versorgungsbereiche der Leitlinie **SCHWÄCHEN:** geschreiben vor den Einsatz der Bundeskinderschutzgesetz

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
McCarthy, C. (2008): Doing	Experten-meinung	Erzählender Bericht, keine Angaben über die Litera-	Expertenmeinung von einem Kinderarzt mit 17 Jahren	Zusammenarbeit in Fällen von Kindes-	Ärzter/Krankenpfleger und CPS arbeiten nicht gut miteinander. Zusam-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*:

the right thing: a primary care pediatrician's perspective on child abuse reporting. In: Pediatrics 122 Suppl 1, S21-4. USA		tursuche. Misshandelte Kinder	Erfahrung in primärer Krankenpflege und 10 Jahre Erfahrung in einem multidisziplinären Team in der Abteilung über sozialen Service.	miss-handlung,	menarbeit zwischen diesen scheint der beste Weg, um die Kosten/Vorteile-Rechnung zu ändern. Es scheint ebenso der beste Weg, um Bildung (Wissen über Kinderschutz?!) und Beurteilung zu verbessern und der beste Weg, um alle Kinder in Sicherheit zu bringen. Durch die Zusammenabreit könnte man voneinander lernen. CPS-Mitarbeiter könnten mehr über die Medizin (medizinische Expertise) von Kindesmisshandlung erlernen. Kinderärzte könnten mehr über das Familiengefüge, Konzepte zur Familienunterstützung und Gesezte zum Kinderschutz kennen lernen. Durch die Zusammenarbeit könnten wir komplette Beurteilungen entwickeln, die uns helfen zu verstehen, was einem Kind angetan wurde und wie am besten zu intervenieren ist. Wenn wir zusammenarbeiten, Ärzte würden besser ausgebildet und würden eher Misshandlungen melden, weil sie ein besseres Verständnis dafür hätten, was der CPS-Mitarbeiter tun kann. Weil sie sich mehr eingebunden fühlen würden, würden sie mehr für den Beurteilungsprozess tun. Darüberhinaus besteht ein weiterer wichtiger Grund zur Zusammenarbeit: Interessenvertretung. Unser Land (USA) sollte dringend mehr Interesse und Resourcen auf den Schutz von	Wenn Gesundheitspfleger und CPS-Arbeiter eng miteinander arbeiten würden, stell dir nur vor, was wir erreichen könnten. Wir könnten das Problem der Kindesmisshandlung und –vernachlässigung besser verstehen. Wir könnten Gesetzesentwürfe über Familienschutz verfassen und bewerben. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Autorin bezieht sich in dem knappen Artikel viel auf den Artikel von Goad (2008). Das Wissen und die Erfahrung der Autorin gibt die Sicht der Ärztin wieder und beschreibt eigene Vorurteile und mögliche Barrieren, die einer Kooperation im Weg stehen.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Expertenmeinung von einem Kinderarzt mit 17 Jahren Erfahrung in primärer Krankenpflege und 10 Jahre Erfahrung in einem multidisziplinären Team in der Abteilung über sozialen Service. **SCHWÄCHEN:** sehr wenig literatur verwendet.

					Familien und Kindern verwenden. Ich glaube zutiefst, dass Geld und Resourcen dafür bestehen; hierfür müssen diese nur an die richtige Stelle gebracht werden. Wenn CPS-Arbeiter und Ärzte zusammenarbeiten würden, stell dir vor, was man alles erreichen könnte.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Paavilainen, E & Flinck, A. (2017). The Effectiveness of Methods Designed to Identify Child Maltreatment in Social and Health Care: A Systematic Review. Finnland	Systematischer Bericht	2726 Artikel gefunden, 1745 nach Entfernen von Duplikaten, 394 Artikel (Volltexte) wurden gelesen und von zwei Gutachtern überprüft, 9 Studien wurden für den Bericht ausgewählt <u>Einschlusskriterien:</u> Sozialfürsorge und Gesundheitsfürsorge sowie andere Einrichtungen, die Kinder und ihre Familien besuchen (einschließlich Kinderkliniken, Geburtskliniken, Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten, Arztpraxen, Kinder- und Jugendstationen in Krankenhäusern und Kinderschutz) und die Fachkräfte, die sich in diesem Umfeld um Kinder, Jugendliche und ihre Fami-	Die Literatursuche beinhaltete folgende: CINAHL, Medline, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Campbell Library, PsycInfo, ERIC, Applied Social Sciences Index and Abstracts, SocINDEX with Full Text, Social Care Online, ProQuest Dissertations and Theses A&I: The Humanities and Social Sciences Collaboration, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, ProQuestHealth Management, PROSPERO, MEDIC, and MELINDA. Die Suche nach nicht publizierten Studien und anderem Material erfolgte im Internet, um Seiten von Kindesmissbrauchsorganisationen etc. zu finden.Es wurde auch nach Texten (Papieren/Aufsätze)	Erfahrungen mit multiprofessionellen Arbeiten Outcomes: Das bestätigte Auftreten von Kindesmisshandlung (körperlicher oder psychischer Missbrauch oder Vernachlässigung), zum Beispiel die familiären Umstände einer Familie und ihre Lebensbeding-ungen, die Diagnose von körperlichem Missbrauch oder die Beobachtung von Vernachlässigung, die Effektivität der Arbeit mehrerer Fachkräfte, die	McKeown und Wills et al. weist darauf hin, wie wichtig es ist, multiprofessionelle Dienste zu entwickeln, wenn Missstände bei Kindern festgestellt werden. McKeown untersuchte die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen Diensten für Kinder und Familien und kam zu dem Schluss, dass ein effektiver und inklusiver interinstitutioneller Prozess wichtig für die Entwicklung multiprofessioneller Dienste ist, wie auch Wills et al. Insbesondere wenn Richtlinien, organisatorische Veränderungen, die Zusammenarbeit zwischen den Behörden und eine effektive Führung als Prozess entwickelt werden, haben sie einen Einfluss auf die Identifizierung von Kindesmisshandlung.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Diese systematische Überprüfung fand kein wirksames, entscheidendes und eindeutiges Instrument zur Identifizierung von Kindesmisshandlung. Daher ist es vielleicht nicht möglich, das Problem der Identifizierung von Kindesmisshandlung mit einem Mechanismus oder einem Werkzeug zu lösen. Wir brauchen mehrere Mechanismen, um verschiedene Kombinationen von Kindesmisshandlung in verschiedenen Kontexten zu identifizieren, in denen Kinder und ihre Familien bleiben und besuchen. Verbesserte multiprofessionelle Arbeit, Kommunikation und interinstitutionelle Prozesse, einschließlich der Richtlinienumgebung und des Datenaustauschs, werden benötigt. Multiprofessionelle Teams sollten daran arbeiten, Ergebnisse anstelle von Dienstleistungen zu liefern. Gemeinsame Dokumentationssysteme in der Gesundheits- und Sozialfürsorge sollten entwickelt

		lien kümmern (einschließlich Krankenschwestern, Krankenpfleger, Schulkrankenschwestern, Ärzte, Zahnärzte, Sozialarbeiter, Kindergärtner und andere Schullehrer, Physiotherapeuten, Logopäden und Psychologen). Kinder bis 18 Jahre und deren Familien waren ebenso beteiligt <u>Eingriffe:</u> Studien, die Mechanismen oder Interventionen zur Identifizierung des physischen oder psychischen / emotionalen Missbrauchs und / oder der Vernachlässigung von Kindern im Alter von bis zu 18 Jahren evaluierten, einschließlich Screening-Tools, Tests, Fragebögen, Diskussionen mit Familien, Beobachtungen, Hausbesuchen, körperlichen und psychischen Untersuchungen, Diagnoseinstrumente oder -kriterien, Risikobewertungen und andere Arten von multiprofessionellen Arbeitspraktiken, die darauf abzielen, Misshandlungen	gesucht, die nicht auf kommerziellen Wege veröfentlicht wurden, so wie diese und Dissertationen, Bericht etc. (other documents produced and published by government agencies, academic institutions, or other groups that are not distributed or indexed by commercial publishers). Es wurden keine relevanten Studien gefunden.	Effektivität von Ausbildung eine Verzögerung der körperlichen oder geistigen Entwicklung des Kindes und das Risikoverhalten der Eltern (das Risiko körperlich oder psychisch beleidigender oder nachlässiger Verhaltensweisen). "Keine Identifizierung" war auch ein potenzielles Ergebnis.		werden. Effektive und inklusive interinstitutionelle Prozesse sind notwendig, aber nicht ausreichend, um qualitativ hochwertige Kinderbetreuungsdienste zu verbessern, einschließlich eines systematischen Screenings; reflektierende zwischenbetriebliche und zwischenmenschliche Prozesse, Verfahren und Praktiken; und Training. Richtlinien und nationale Politikumsetzung sind erforderlich. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: The excluded studies are not listed in the review. Furthermore, the two included and relevant articles regarding multi-professional working practices were a case study and an evaluation of the implementation of a new policy/new procedures. Therefore, the systematic review provides only weak evidence for our purposes. Except of two articles, the focus was laid on instruments and methods to detect child maltreatment. Regarding the methodology, information is missing about the study selection procedure. A conflict of interest is not declared.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN**: sehr ausführliche Suchstrategie in Datenbanken und für grau Literatur

		bei Kindern zu untersuchen und zu identifizieren oder die familiäre Situation zu bewerten. Darüber hinaus kann das Training für Fachleute als eine Methode zur Erhöhung der Identifikation angesehen werden Studiendesign experimentelle und epidemiologische Studiendesigns (einschließlich randomisierter kontrollierter Studien [RCTs], nichtrandomisierte kontrollierte Studien, Quasi-Experimente, Vorher-Nachher-Studien, prospektive und retrospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien und analytische Querschnittsstudien) bezüglich effektiver Studien Methoden zur Identifizierung von körperlichen oder psychologischen/ emotionalen Missbrauch oder Vernachlässigung von Kindern im Alter von 0-18 Jahren für die Aufnahme. <u>Auschlusskriterien:</u> Studien über sexuellen				**SCHWÄCHEN:** nicht bekannt, ob zumindest zwei Personen die Lit. ausgewählt haben. Die ausgeschlossenen Studien wurden nicht aufgelistet

		Missbrauch, Therapien und Präventionen. Sexueller Missbrauch ist anders iFv. Anderer Natur des Missbrauchs. Würde man Studien über sexuellen Missbrauch mit einbefassen, würde dies den Rahmen dieses Berichts übersteigen.				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Saunders, EJ et al. (1985). A social services-public health partnership in child protection: a rural model. USA	Fallstudie	Misshandelte Kinder	Eine Beschreibung einer öffentlich-sozialen Gesundheitsgemeinschaft (?!) in Minnesota für Kindesschutz. Die Bezirksagenturen sind familiäre Services und der öffentliche Pflegedienst. Die Gemeinschaft ist in dem Bezirk Minnesota-Brown tätig, Bevölkerung 24,000. Die Gemeinschaft ist eine interaktive, interdisziplinäre Beziehung zwischen drei Sozialarbeitern, zuständig für Kinderschutz in diesem Bezirk, und zwei Krankenpflegern, verantwortlich für Gesundheitsvorsorge bei Mutter und Kind. Alle sind Bezirksangestellte. Die Zusammenarbeit beginnt mit Entdeckung des Falls (Investigation) und setzt	Multidisziplinäre Teamarbeit im Kinderschutz	Der Respekt vor der fachlichen Wissensbasis und den Fähigkeiten des jeweils anderen, eine gemeinsame Philosophie der Intervention und unterstützende Agenturadministratoren sind die Schlüsselkomponenten, die dieses Modell erfolgreich machen. Im Mittelpunkt der beruflichen Beziehung steht vielleicht der gegenseitige Respekt und die Bereitschaft zwischen den beiden Disziplinen, ihre jeweilige Expertise zu teilen. Brown County Fachleute teilen auch die gleiche Philosophie: dysfunktionale Familien, in denen Kindesmisshandlung und Vernachlässigung auftreten, haben typischerweise viele ungedeckte soziale, psychologische und physische Gesundheitsbedürfnisse. Nur "Teaming" kann diese Bedürfnisse zufriedenstellend angehen und lösen. Neben der besseren Erfüllung der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Das Bezirksmodell aus Brown kann als Vorbild für andere soziale Dienste und andere öffentliche Gesundheitseinrichtungen dienen. Die kombinierte Expertise dieser Disziplinen kann die Bedürfnisse der verletzbaren Kinder und deren Familien in allen Bereichen erfüllen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Auch wenn es nur drei Jahrzehnte alt ist, ist die Vereinbarung der Bezirke ein gutes Beispiel, wie Zusammenarbeit zwischen sozialen Diensten und Gesundheitsdienstelister erfolgen kann und ist somit weiterhin relevant. Der Bezirksabteilung ist klein (nur fünf Menschen), aber erfolgreiche Fälle sind dennoch beschrieben. Gegenseitiger Respekt und eine gemeinsame Philosophie sind der Schlüssel zum Erfolg der Partnerschaft. Einige der Vorteile, die in

			sich bis zur Fallbeendigung fort.		Kundenbedürfnisse dient die Zusammenarbeit auch dazu, die Bedürfnisse vieler Arbeitnehmer zu erfüllen. Schließlich ist auch der kooperative Geist der beiden Abteilungsleiter von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Partnerschaft zwischen Sozialdienst und öffentlicher Gesundheit. Beide Administratoren erlauben ihren Mitarbeitern den unbehinderten Zugriff auf den anderen. Beide Verwalter sind von der Nützlichkeit dieser Modellpartnerschaft im Bereich des Kinderschutzes überzeugt, da sie wissen, dass die Expertise, die jede Disziplin für den Fall liefert, entscheidend ist, um die Belastungen zu lindern, die zur Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern in den Bezirken beitragen. Während die Partnerschaft von Brown County auf einer informellen Vereinbarung zwischen den Verwaltungsstellen der Agentur beruht, um die in diesem Papier erörterte Zusammenarbeit zu fördern, kann die Bürokratie in großen Stadtbezirken formalisierte Vereinbarungen für kollaborative Aktivitäten verlangen. Bürokratie sollte Fachleute jedoch nicht von der Zusammenarbeit abhalten	einem kleinen Bezirk festgestellt/bewiesen wurde, lassen sich nicht auf große Metropolen übertragen. Some of the advantages provided by healthcare and social services in a small county community may not be as prominant in larger metropolitan settings.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Nicht erkennbar **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Schilling & Christian	Experten-meinung	Misshandelte Kinder	Expertenmeinung	Überblick über misshandelte Kin-	Das Engagement an misshandelten Kindern enthält das Engagement,	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*:

(2014). Child physical abuse and neglect. USA				der und die Aufgaben/Schwierigkeiten der Gewährleistung der Gesundheit und Sicherheit von misshandelten Kindern.	außerhalb des Gesundheitsbereichs zu arbeiten. Ärzte müssen an dem Kindeswohlfahrt, mit der Justiz und Bildungseinrichtungen zusammenarbeiten, um für den Kinderschutz eintreten zu können. Zukünftige Ansätze zur Verhinderung von Kindesmisshandlungen und zum Schutz von Kindern verlangt eine sinnvolle Zusammenarbeit von Kindedswohl, Justiz, Bildungseinrichtunge, dem Gesundheitsberiech und Fachleute und Systeme der psychischen Gesundheit. Der kollaborative Prozess can durch einen Mangel an unterstützenden Agenturen und unterstützender Politik, inadäquaten Unterstützung, schlechte Kommunikation, Unterschieden in vertraulichen Richtlinien und einem mangelnden Wissen von Gesundheitspflegern über Kindeswohl und legale Prozesse/Systeme gehindert werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Systemen ist ein Meilenstein, um das gemeinsame Ziel des Schutzes und der Sicherheit von Kindern zu gewährleisten.	Um die Zahl der Misshandlungen zu senken, Familien zu unterstützen, Kindermedizin voranzubringen und für Misshandlungsopfer eine bessere Behandlung zu gewährleisten, erfordert eine gemeinschaftsweite Strategieund einen systemübergreifenden ansatz für das Gesundheitssystem. Sowohl der Bundes- als auch der Landesgesetzgeber können Gesetze erlassen, die Kinder schützen und eine interdisziplinäre Arbeit verlangen. Die Häufigkeit von Kindesmisshandlung kann weiter abnehmen, wenn politische Entscheidungsträger, Anbieter von Gesundheitsleistungen und anwendbare Systeme wirksame Präventionsstrategien verfeinern, fördern und umsetzen, die die derzeitigen Behandlungen ergänzen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Guter Überblick über Kindesmisshandlung. Die Autoren diskutieren darüber, dass Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystemen, sozialen Anbieter, Bildungseinrichtungen und der Justiz wichtig in dem Prozess des Kinderschutzes ist. Richtlinien, die eine Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen unterstützen und Geltung verschaffen, sind empfohlen.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Literatur benutzt. **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Stanley, T et al. (2011). Making Networks Work. New Zealand.	Qualitative, halb-strukturierte Befragung	Sozialarbeiter für Kinderschutz	Halbstrukturierte Befragungen	Entscheidungen treffen und Interaktionen mit anderen Experten in dem Prozess des Kinderschutzes und das Teilen von Informationen durch Dokumente.	Von den Sozialarbeitern wurden Berichte und Bewertungsdokumente von einer Reihe von Anbietern für psychische Gesundheit und Sozialdienstleistungen bei der Verhandlung von Fallarbeit verwendet, darunter die Offenhaltung von Fällen, die Unterstützung ihrer Beurteilungen für Familien und die Legitimierung von Entscheidungen ... Zusammenfassend die verschiedenen Dokumente und Berichte gesammelt und in der Beurteilung der Kinderschutzarbeit verwendet wurden, waren signifikant in der Art und Weise, wie sie Entscheidungen über bestimmte Kinder, die als "gefährdet" eingestuft wurden, erbeten, ermutigt, erteilt, begründet und legitimiert haben. Für eine kleine Zahl von Sozialarbeitern mussten Bewertungsdokumente und -berichte vorgelegt werden, um zu zeigen, dass innerhalb bestimmter Familien ausreichende Veränderungen stattgefunden haben, und diese professionelle Sicherheitsbescheinigung könnte dann archiviert werden. Ein Sozialarbeiter wies darauf hin, dass die Abwesenheit bestimmter Dokumente die Pflege eines Kindes legitimieren könne.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Sozialarbeiter für Kinderschutz können diese Berichte nutzen, um deren eigene Bewertung zu legitimieren. Dokumente und Berichte von anderen Sozialarbeitern sind wichtig für diese, da sie Entscheidungen trafen und für Handlungsformen argumentierten, sowohl im Ungang mit der Familie als auch mit dem Familiengericht. Psychologischen, medizinischen und polizeilichen Berichten wurde ein besonderes Gewicht zugemessen, sie legten diese Informationen sowohl der Familie als auch dem Familiengericht vor. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Sozialarbeiter diskutieren, wie sie Dokumente nutzen, die von anderen Experten genutzt wurden, um Entscheidungen zu treffen oder Entscheidungen mitzuteilen. Das Teilen von Informationen ist wichtig, um Entscheidungen zu treffen. Die Zahl der befragten Sozialarbeiter ist nicht genannt. Es werden nur wenige Informationen zur Art und Weise der Befragung angegeben noch wie die Auswertung der Antowrten erfolgte.
Evidenzlevel 3						**Stärken:** nicht erkennbar **Schwächen:** Methodik und Analyses

						nicht endeutich geschreiben.

Neonatales Drogenentzugssyndrom

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Bagley, SM et al. (2014). Review of the assessment and management of neonatal abstinence syndrome. USA	Systematic Review	Von 369 wurden 5 Studien mit einem Messinstrument für NAS zur Bewertung eingeschlossen Alle Studien stammen aus den USA. Patientenanzahl: n: 25-131 Einschlusskriterien: • Alle Studien zu Messinstrumenten des neonatalen Drogenentzugssyndroms für die klinische Diagnose und das Management des neonatalen Drogenentzugs-syndroms. Ausschlusskriterien: • Studien, deren Fragestellung nicht für den klinischen Alltag praktikabel sind.	Systematische Suche von 1975 bis November 2013 in PubMed und der der Cochrane Database in englischer Sprache. Zusätzlich wurde die MOTHER Studie (Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research), die eine modifizierte Version des Finnegan Scores beschreibt, eingeschlossen. Die Studien wurden von zwei Gutachtern separat beurteilt und bewertet.	Bewertung der NAS- Messinstrumente in Bezug auf folgende Zielvariablen: • Anwender-Übereinstimmung beim NAS Scoring *(inter-rater variability for NAS scoring)* •Dauer der pharmakologischen Behandlung für NAS • Spitzenwerte des NAS scores *(peak NAS scores)* • durchschnittliche NAS Werte • Länge des Krankenhausaufenthaltes	Es wurden 5 Messinstrumente ausgewertet. “Neonatal Narcotic Abstinence Scoring System“ oder “Finnegan Score” • Exposition Methadon und Heroin • 20 items • meistgenutzte Instrument in den USA; oft auch in modifizierter Version • Anwender-Übereinstimmung: 0.82 (0.75–0.96) “Narcotic Withdrawal Score” oder “Lipsitz Score” • Exposition Methadon und Heroin • 11 items • es wurden nur Punkte für Kinder mit Heroin-Exposition vergeben „Neonatal Narcotic Withdrawal Index” • Exposition Methadon und Heroin • 7 items • Anwender-Übereinstimmung 0.77 “Neonatal Withdrawal Inventory” • Exposition Opioide • 8 items • Anwender-Übereinstimmung: 0.89–0.98 • Spezifizität und Sensitivität für die Diagnose von NAS liegt bei 100%	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Es ist essentiell, dass ein objektives, validiertes Instrument zur Diagnosestellung und zur Behandlung des neonatalen Drogenentzugssyndroms verwendet wird. Wir empfehlen den Gebrauch von bereits gängigen edukativen Programmen (Finnegan Score Manual und DVD, angeboten z.B. von Neo Advances), um die Beurteilung des neonatalen Drogenentzugssyndroms zu standardisieren. Weitere Untersuchungen sind nötig, um die bestmöglichen Verfahren zur Beurteilung zu bestimmen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit behandelt die Themen Diagnose und Behandlung (pharmakologisch/nicht pharmakologisch) des neonatalen Drogenentzugssyndroms. Für die vorliegende Fragestellung ist lediglich der Teil bzgl. der Diagnosestellung von Relevanz, sodass nur dieser hier aufgeführt ist. Die Methodik ist teils etwas undurchsichtig. So wird nicht deutlich wieso die fünfte Studie (MOTHER) inkludiert wurde bzw. wie diese gefunden wurde. Auch die Ausschlusskriterien scheinen eher subjektiv

					"MOTHER NAS scale" (modifizierte Version des Finnegan Score) • Exposition Methadon und Buprenorphin • 20 items • niedrigster Intraklassenkorrelationskoeffizienten von 0.94 als Auswertung der Übereinstimmung zwischen den Untersuchern. Die Anwendung der vorhandenen Messinstrumente ist sehr variabel und nicht standardisiert. Häufig werden die Originalversionen in den verschiedenen Institutionen unterschiedlich modifiziert. Es gibt wenig Daten zur Anwender-Übereinstimmung der NAS- Messinstrumente aufgrund von fehlender Standardisierung in der Anwendung und der Inhalte der Instrumente. Die meisten Messinstrumente wurden zu einer Zeit entwickelt, in der es noch keine übliche Anwendung von pränatalen Begleitmedikamenten gab; dies kann die Messung von NAS heutzutage erschweren.	zu sein (Ausschluss von Studien, da in den Studien genutzte Instrumente „nicht praktikabel"). Es wird zwar eine Tabelle erstellt, die die jeweiligen Messinstrumente aus den fünf inkludierten Studien darstellt, jedoch wird die Art und die wissenschaftliche Qualität der inkludierten Studien nicht näher beschrieben bzw. nicht bewertet. **STÄRKEN:** METHODISCH GUTE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** ATTRIBUTION BIAS: relevante Merkmale der ausgewählten Studien wurden nicht immer angegeben
EVIDENZLEVEL 2++						
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Cleary, BJ et al. (2010). Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-	Metaanalyse & Systematic Review	Von 3367 Studien wurden 67 Studien für das Systematic Review und 29 Studien für die Me-	Systematische Suche in MEDLINE (1966–August 2009) bzw. Pubmed und der Cochrane Library (2009, Issue 1), EMBASE (1974–Januar 2009) und Psy-	Untersuchung der Beziehung zwischen der mütterlichen Methadondosis während der	Systematic Review: • Von den 67 inkludierten Studien fanden 19 Studien einen Zusammenhang und 18 Studien fanden keinen Zusammenhang zwischen Methadon-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Der Schweregrad des neonatalen Drogenentzugssyndroms scheint nicht in Abhängigkeit zu der Methadondosis

systematic review and meta-analysis. Irland		tanalyse eingeschlossen. **Systematic review:** <u>Studientyp:</u> • 28 retrospektive Kohortenstudien • 37 prospektive Kohortenstudien • 2 randomisierte Studien <u>Ursprungsland:</u> • 27 aus Europa • 37 aus den AUS • 3 aus Neuseeland/Australien <u>Anzahl der Neugeborenen</u>: n= insgesamt 5139 (zwischen 16 und 444) **Metaanalyse:** <u>Studientyp</u>: • pros- und retrospektive Kohortenstudien <u>Anzahl der Neugeborenen:</u> • wurde bei 2 Studien nicht gelistet • n= 2396 (zwischen 16 und 444) **Systematic Review** <u>Einschlusskriterien:</u> • Kohortenstudien und	chINFO (1967–Januar 2009) in allen Sprachen. Die Auswahl der Studien erfolgte von zwei unabhängigen Prüfern. Die Qualitätsbeurteilung erfolgte nach einer modifizierten Version der US Agency for Healthcare Research and Quality's Systems to Rate the Strength of Scientific Evidence.	Schwangerschaft und dem neonatalen Drogenentzugssyndroms (NAS) von Neugeborenen opiatabhängiger Mütter, die in der Schwangerschaft Methadon genutzt haben.	dosis und Inzidenz und Ausprägung des NAS. Die durchschnittliche Methadondosis der Kindesmutter war höher in den Studien, die keinen Zusammenhang herstellen konnten (64.6 mg, SD 30.1) im Gegensatz zu den Studien, die einen Zusammenhang herstellten (39.4 mg, SD 25.2, P = 0.06). Die anderen 30 Studien gaben Informationen zur durchschnittlichen Methadondosis und der allgemeinen Inzidenz an. • Alle Studien zeigten keinen signifikanten Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl Methadon exponierter Neugeborener mit Behandlungsbedarf. • In Studien, die ein objektives Scoring System genutzt haben, variierte die Inzidenz von medizinisch behandelten Neugeborenen bezüglich NAS von 45% bis 97%. <u>Metaanalyse:</u> Es wurden keine signifikanten Unterschiede für Inzidenz und Schweregrad des NAS in Abhängigkeit der Methadondosis der Mutter gefunden.	der Kindesmutter in der Schwangerschaft zu stehen. Methadon ist nur einer von vielen Faktoren, die in Bezug zum neonatalen Drogenentzugssyndrom stehen. Weitere Studien mit wissenschaftlich hochwertigen Methoden sollten durchgeführt werden, um alle potentiellen Bestimmungsgrößen des neonatalen Drogenentzugssyndroms zu untersuchen. Sollte sich bestätigen, dass die Methadondosis in der Schwangerschaft ein wichtiger bestimmender Faktor ist, könnte bei motivierten, stabilen schwangeren Frauen eine vorsichtige Reduktion der Methadondosis unter Beobachtung angedacht werden, wobei nicht nur das Minimieren des Risikos des neonatalen Drogenentzugssyndroms berücksichtigt werden sollte, auch die Kontrolle der mütterlichen Entzugssymptome und die Stabilität der Kindesmutter müssen im Vordergrund stehen. Unüberlegtes Reduzieren von Methadondosen in der Hoffnung, dass es das Risiko des neonatalen Drogenentzugssyndroms senkt, könnte kontraproduktiv sein. Der Vergleich der inkludierten Studien wurde durch uneinheitliche Inhalte erschwert (z.B. verschiedene Definitionen des neonatalen Drogenentzugssyndroms, diagnostische Kriterien teilweise nicht übereinstimmend oder nicht erklärt, Behandlungsprotokolle und Grenzwerte für die Behandlung

		RCT´s, die über den Methadon-Gebrauch während der Schwangerschaft von opiatabhängigen Frauen und das NAS berichten und den genauen Gebrauch und Dosierung des Methadons beschreiben. <u>Ausschlusskriterien:</u> • Studien, die keine exakte Beschreibung der Methadondosis oder der Ergebnisse bzgl. des NAS verwenden • Studien, die sich auf die Handhabung bei bereits mit NAS diagnostizierten Kindern beschäftigen • Studien, die andere Mittel als Methadon während der Schwangerschaft verwenden, z.B Buprenorphine, slow-release Morphine oder Levomethadone • Fallkontrollstudien und Fallbeschreibungen **Metanalyse** <u>Einschlusskriterien</u>: • Studien, die über das Auftreten des NAS bei Kindern von Müttern mit				unterschiedlich).Trotz der Heterogenität der Studien wurde eine Metaanalyse durchgeführt, um quantitativ zumindest eine Richtung vorzugeben. Die Aussagen einiger der inkludierten Studien waren gering, um klinisch signifikante Effekte zu detektieren. In der beschriebenen Zielgruppe (opiatabhängige Frauen, die in der Schwangerschaft Methadon einnehmen) ist es sehr schwierig, randomisierte Studien durchzuführen. Dadurch mussten hauptsächlich Beobachtungsstudien, die über schwangere, Methadon konsumierende Frauen berichten, als Basis der Evidenz herangezogen werden. Als ein Ergebnis dieser Schwierigkeiten war sowohl die qualitative als auch die quantitative Analyse eingeschränkt bezogen auf die Inzidenz des neonatalen Drogenentzugssyndroms (Schweregrad nicht nutzbar, da die Messung zu heterogen). Es sollte eine große prospektive Kohortenstudie durchgeführt werden, um die Beziehung zwischen in utero Methadon Gebrauch und dem neonatalen Drogenentzugssyndrom zu untersuchen. Lediglich drei Studien berichten von blinded asssessment, in den anderen Studien war die Vorgeschichte der Kindesmutter bekannt. Einige inkludierte Studien haben mögliche einflussnehmende Faktoren (Beikonsum, Gestationsalter u.a.) nicht kontrolliert.

		verschieden dosierten Methadontherapien berichten • Alle Studien, die ein Bewertungssystem oder eine Beschreibung des NAS beinhalten <u>Ausschlusskriterien</u>: • wie bei Systematic Review				*Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die vorliegende Übersichtsarbeit & Metaanalyse ist wissenschaftlich korrekt durchgeführt, es gibt jedoch Einschränkungen, die die Autoren auch selbst benennen. Siehe oben, „zusammenfassende Beurteilung“. Bei den inkludierten Studien werden zwei nicht aufgelistet, sodass die genaue Anzahl der untersuchten Neugeborenen und das Design der inkludierten Studien nicht exakt genannt werden kann. Auf möglichen Beikonsum der Mütter wird in der Bewertung kein Bezug genommen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** OUTCOME UND AUSWERUNG DER DATEN **SCHWÄCHEN:** Selection bias: es haben nicht zumindest zwei Personen die Daten ausgewertet
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierun, BMG, BÄK, DGPPN. **(2013). S3 Leitlinie Metamphetamin-bezogene Störungen** Deutschland	AWMF S3-Leitlinie	<u>Für die Leitliniensuche:</u> Von 270 Treffern wurden 9 Leitlinien eingeschlossen. <u>Für die Evidenzsuche:</u> Von 3081 Treffern wurden 103 Studien eingeschlossen. <u>Einschlusskriterien:</u>	Systematische Literaturrecherche vom Ärztlichen Zentrum für Qualität (ÄZQ) in deutscher und englischer Sprache. 1. Systematische Leitliniensuche zum Thema „Methamphetamin“ in fachübergreifenden und fachspezifischen Leitliniendatenbanken. Bezüglich der relevanten Patientengruppen er-	Literaturrecherchen wurden für folgende Fragestellungen durchgeführt: • Welche therapeutischen Interventionen wurden bei Methamphetamin-	<u>Die S3-Leitlinie gliedert sich in 10 Punkte:</u> 1.Epidemiologie; 2.Symptomatik/Diagnostik/Behandlungsplanung; 3.Awareness/Frühintervention; 4. Akuttherapie; 5.Postakutbehandlung/Versorgungsstrukturen/Psychotherapeutische Interventionen/Medikamentöse Therapie und weitere Therapien;	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Ausgewählte Empfehlungen sind in den Ergebnissen zu lesen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die S3-Leitlinie ist nach AGREE II als sehr gut zu bewerten. Die Literaturrecherche erfolgte systematisch, wobei die Artikel nur von einer Person bewer-

		• alle Studien (ohne Einschränkung bezüglich Studientyps) und systematischen Reviews zu therapeutischen Interventionen bei Menschen mit Methamphetamin-bezogener Störung, publiziert ab dem Jahr 2000 <u>Ausschlusskriterien:</u> •Publikationssprache nicht deutsch oder englisch •Fragestellung nicht Methamphetamin betreffend	folgte keine Einschränkung. Alle identifizierten Leitlinien wurden mit DELBI* (Domäne 3 und Domäne 6) bewertet, bei Unsicherheiten erfolgte eine unabhängige Zweitbewertung und anschließende Konsentierung. 2. Systematische Literaturrecherche zu therapeutischen Interventionen bei Methamphetamin-bezogener Störung erfolgte in Cochrane-Database, Medline über PubMed, PSYINDEX über DIMDI, OVID-Datenbank „PsycINFO“ von 2000 bis Juni 2015 mit ergänzender Handsuche. Alle eingeschlossenen Studien wurden in Evidenztabellen extrahiert. Methodische Limitationen wurden bei RCT in Anlehnung an das Cochrane Risk of Bias Tool erfasst und dargestellt. Bei systematischen Reviews wurde der AMSTAR-Score* angewendet. Die Evidenzgraduierung erfolgte nach OCEBM*. Die S3-Leitlinie wurde in Kleingruppen diskutiert und bearbeitet. Die Empfehlungen wurden	Abhängigkeit untersucht? • Welche Auswirkungen hat pränataler Methamphetamin-Konsum auf das Kind?	6.Komorbide psychische und organische Erkrankungen; 7.Besondere Situationen; 8. Rückfallprophylaxe; 9.Schadensminimierung; 10. Forschungsbedarf • Insgesamt wurden 108 Empfehlungen abgestimmt, wovon 90 Empfehlungen im „starken Konsens“ verabschiedet wurden. Zu dem Themenpunkt 7. Besondere Situationen gehören: <u>1. Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen</u> • prä- und perinatale Risiken und Schädigungen sowie Geburtskomplikationen (14 Empfehlungen, überwiegend gestützt durch Expertenkonsens) • postnatale Konsequenzen und Spätschäden (2 Empfehlungen, gestützt durch Expertenkonsens) • Stillen (3 Empfehlungen, davon 2 mit LoE 2 und Expertenkonsens) <u>2. Metamphetamin-Konsum im Kontext Familie</u> • Partnerschaft (2 Empfehlungen, gestützt durch Expertenkonsens) • (Un-)geplante Elternschaft (3 Empfehlungen, gestützt durch Expertenkonsens) • Risiken für Kinder Methamphetamin-konsumierender Eltern (3 Empfehlungen, gestützt durch Experten-	tet wurden und nur im Einzelfall durch eine zweite Person. Innerhalb der 10 Themen für Metamphetamin betreffen die Empfehlungen für Metamphetamin in der Schwangerschaft und Metamphetamin-Konsum im Kontext Familie die PICO-Frage Neonatales Drogenentzugssyndrom. Der Großteil der Empfehlungen beruht auf Expertenmeinung (klinische Erfahrung und Konsensusfindung) und wurde mit einem starken Konsens verabschiedet.
EVIDENZLEVEL (QUALITYSCORE NACH AGREE II): 82%						**STÄRKEN:** übersichtliche Gestaltung und fundierte Expertengruppe zur Konsentierung der Handlungsempfehlungen **SCHWÄCHEN:** Evidenz anhand schwacher Studien in dem betreffenden Bereich, Nutzung als Quell-Leitlinie möglich

			in drei Konsensuskonferenzen mittels Nominalem Gruppenprozess (NGP) konsentiert. Ein Konsens wurde bei einer Zustimmung von mindestens 75 % erreicht, ein starker Konsens bei einer Zustimmung von mindestens 95 %.		konsens) <u>Beispiele für Empfehlungen sind:</u> 7.1. Metamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft und Stillzeit schadet dem un- bzw. neugeborenen Kind erheblich. LoE 2 nach OCEBM* Abstimmungsergebnis: 100% (Statement) 7.2. Ärzte und andere Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen der Geburtshilfe, Geburtsvorbereitung, Neonatologie und Pädiatrie, die schwangere Frauen behandeln bzw. betreuen, sollten für die Problematik eines möglicherweise während der Schwangerschaft fortbestehenden Metamphetamin-Konsum und dessen hohe Risiken für Mutter und ungeborenes Kind sensibilisiert und im Umgang mit diesem Problem (inklusive Kurzinterventionen) fortgebildet werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100% 7.3. Schwangere, die Metamphetamine konsumieren, sollen frühzeitig über damit verbundene Risiken für Embryo, Fetus und Schwangerschaftsverlauf aufgeklärt werden. Insbesondere ist über das gehäufte Auftreten von vorgeburtlichen Wachstumsstörungen, Fehlbildungen,	

					Lern- und Verhaltensstörungen sowie vorzeitigen Wehen und vorzeitiger Plazentalösung auf für sie verständliche Weise zu informieren. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100% 7.5. Metaphethamin konsumierende Schwangere sollen interdisziplinär in möglichst enger Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtmedizin/-hilfe, Geburtshilfe und Neonatologie sowie Familien-/Jugendhilfe betreut werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100% 7.11. Bei Verdacht auf ein neonatales Abstinenzsyndrom soll mit Zustimmung der Mutter ein spezifisches Substanzscreening bei Mutter und Kind durchgeführt werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 91% 7.12 Bei Verdacht auf ein neonatales Abstinenzsyndrom soll theapievorbereitend und –begleitend ein einheitlicher NAS-Score (Modifizierter Finnegan-Score) eingesetzt werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100% 7.13. Bei Auftreten eines neonatales Abstinenzsyndroms sollen Maßnahmen des „supportive care“ eingeleitet	

					werden. Expertenkonsens (LoE5 nach OCEBM*), basierend auf einer Studie Abstimmungsergebnis: 100% Teilaspekt werden in der Leitlinie beschrieben in Bezug auf NAS: • Der Verdacht auf ein NAS bedeutet immer auch den Verdacht auf einen Substanzkonsum der Mutter. • Häufige Symptome eines Methamphetamin-NAS werden im klassischen Finnegan-Score nicht erfasst, sodass eine Adaptation des Scores angeraten scheint.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Jones, HE et al. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. USA, Kanada, Österreich	RCT	Von 1074 Patienten wurden gewählt: Schwangere: 175 opiatabhängige Frauen zwischen 18 und 41 Jahren mit einer Ein-Kind Schwangerschaft zwischen der 6. und 30. Schwangerschafts-woche. Die Randomisierung erfolgte in zwei Gruppen nach dem Substitutionsmedikament (Methadon oder Buprenorphin). Vor der Randomi-	Datenerhebung von Neugeborenen und opiatabhängigen Müttern in 8 Zentren (6 aus den USA, 1 aus Österreich und 1 aus Kanada) in der Zeit von Mai 2005 bis Oktober 2008. Die 131 Neugeborenen wurden für 10 Tage nach der Geburt in regelmäßigen Zeitabständen von geschulten Mitarbeitenden auf NAS überprüft. Als Instrument wurde die MOTHER Skala (eine modifizierter Finnegan Skala mit 28 Items) zweimal täglich angewendet. Der Mindestabstand des Scorings betrug 8 Stunden und die Ergeb-	Untersucht wurden die Mütter und deren Neugeborenen der Schwangerschaften mit Methadon und Buprenorphin Substitution im Vergleich. Messparameter: • Dauer des postnatalen stationären Behandlungsbedarfs der Mutter und des Neugeborenen	In die Auswertung konnten die Daten von 68 Neugeborenen, die pharmakologische Behandlung erhielten (Methadon: N=41 bzw. 57%; Buprenorphin: N=27 bzw. 47%) zum Beginn der Behandlung von NAS inkludiert werden. Der Unterschied in der Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder in der Methadon versus Buprenorphin exponierten Gruppe ist nicht signifikant. Insgesamt benötigten 68 Neugeborene (53%) eine Behandlung bei NAS. Davon waren 41 Neugeborene (57%),	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Ergebnisse bestätigen den Gebrauch von Buprenorphin als eine akzeptable Behandlungsform bei opiatabhängigen Frauen als Alternative zur Methadon-Substitution. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Buprenorphin exponierten und Methadon exponierten Kindern bezüglich der Anzahl der behandlungsbedürftigen Neugeborenen und der Spitzenwerte des NAS Scorings gefunden. Bei den Buprenorphin exponierten Neugeborenen zeigen sich bzgl. des Krankheitsverlaufs und somit der Behandlung (signifikant kürzerer Krankenhausaufenthalt, signifikant kürzere Behand-

		sierung erhielten alle Teilnehmer während der stationären Entgiftung Rapid Release Morphinsulfat. <u>Gruppe der mit Methadon substituierten Schwangeren:</u> n= 89 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 27.7±0.7 n=73 Schwangere, nachdem 16 die Studie abbrachen. <u>Gruppe der mit Buprenorphin substituierten Schwangeren:</u> n= 86 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 25.3±0.7 n= 58 Schwangere, nachdem 28 die Studie abbrachen. <u>Neugeborene opiatabhängiger Mütter:</u> n= 131 Neugeborene n=73 Methadon (erstgenannt) und n= 58 Buprenorphin (zweitgenannt) • Kopfumfang in cm: 33.0±0.3 versus 33.8±0.3 • Dauer der Behandlung	nisse reichen von 0 bis 42 Punkten, wobei die höheren Werte einen schwerwiegenderen Krankheitsverlauf bedeuten. Neugeborene die bereits vor dem 10. Tag entlassen wurden, wurden außerhalb der Klinik weiterhin untersucht.	<u>Vier weitere primäre Outcomes beim Neugeborenen:</u> • Behandlungsbedürftigkeit wegen NAS • Spitzenwert MOTHER Skala • Gesamtdosis an Morphin zur Behandlung von NAS in mg • Kopfumfang des Neugeborenen <u>Sekundäre Merkmale beim Neugeborenen:</u> • Behandlungsdauer des NAS • Geburtsgewicht in g • Körpergröße bei Geburt • Frühgeburtlichkeit < 37. SSW • etc. <u>Sekundäre Merkmale bei den Müttern:</u> • Sectio • Anzahl der pränatal durchgeführten	deren Mütter mit Methadon substituiert wurden und 27 Neugeborene (47%), deren Mütter mit Buprenorphin substituiert wurden. Der Unterschied der Spitzenwerte der MOTHER Skale in der Methadon versus Buprenorphin exponierten Gruppe ist nicht signifikant. Der Spitzenwert der MOTHER Skale unterscheidet sich in der „Methadon-Gruppe“ mit einer Höhe von 12.8±0.6 gegenüber 11.0±0.6 in der „Buprenorphin-Gruppe“.	lungsdauer, signifikant niedrigere Gesamtdosis Morphin) Vorteile. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Wissenschaftlich sehr gut durchgeführte Studie, in der alle möglichen Einflussfaktoren (z.B. Beikonsum, Nikotin, demografische und soziale Faktoren der Kindesmütter u.a.) kontrolliert wurden. Die Studie umfasst viele Zielvariablen, die nicht alle relevant sind für die vorliegende PICO Frage. In der vorliegenden Evidenztabelle wird aus diesem Grund hauptsächlich eingegangen auf die folgenden zwei untersuchten Faktoren: 1) Anzahl der behandlungsbedürftigen Neugeborenen, 2) Spitzenwert im NAS-Scoring (peak NAS Score).
EVIDENZLEVEL 1++						**STÄRKEN:** RANDOMISIERUNG, OUTCOME, INTERVENTION, AUSWERTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

		in Tagen: 9.9±1.6 versus 4.1±1.0 • Geburtsgewicht in g: 2878.5±66.3 versus 3093.7±72.6 • Körpergröße bei Geburt in cm: 47.8±0.5 versus 49.8±0.5 • Frühgeburtlichkeit <37 Woche in Anzahl: 14 versus 4 • Gestationsalter bei Geburt in Wochen: 37.9±0.3 versus 39.1±0.3 <u>Einschlusskriterien:</u> • opiatabhängige Schwangere mit einer Ein-Kind-Schwangerschaft Schwangere, die • keine medizinischen oder andere Einschränkungen hatten, die die zur Beeinträchtigung der Teilnahme führen könnte. • keine ausstehende justizielle Angelegenheit hatten. • keine Störung bzgl. der Einnahme von Benzodiazepinen oder Alkohol		Vorsorgeuntersuchungen • Analgesie während der Entbindung • und weitere		

		hatten • keine Hausgeburt geplant hatten.				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Gaalema, DE et al. (2012). Differences in the profile of neonatal abstinence syndrome signs in methadone- versus buprenorphine-exposed neonates. USA	Sekundärdatenanalyse eines RCT	<u>Schwangere:</u> 175 opiatabhängige Frauen zwischen 18 und 41 Jahren mit einer Ein-Kind Schwangerschaft zwischen der 6. und 30. Schwangerschaftswoche. Die Randomisierung erfolgte in zwei Gruppen nach dem Substitutionsmedikament: <u>Gruppe der mit Methadon substituierten Schwangeren:</u> n= 89 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 27.7±0.7 n=73 Schwangere, nachdem 16 die Studie abbrachen <u>Gruppe der mit Buprenorphin substituierten Schwangeren:</u> n= 86 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 25.3±0.7	Sekundäranalyse der Daten der Studie von Jones et al.2010. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. Datenerhebung von Neugeborenen und opiatabhängigen Müttern in 8 Zentren (6 aus den USA, 1 aus Österreich und 1 aus Kanada) in der Zeit von Mai 2005 bis Oktober 2008.	Vergleich der NAS-Profile von Neugeborenen opiatabhängiger Mütter, die während der Schwangerschaft Methadon oder Buprenorphin ausgesetzt waren in Hinblick auf: • Inzidenz NAS • Inzidenz einzelner Symptome • Schweregrad NAS • Startpunkt der Behandlung	Das Profil des neonatalen Drogenentzugssyndroms unterscheidet sich zwischen Methadon- und Buprenorphin exponierten Neugeborenen. Signifikante Unterschiede zeigten sich bzgl. Inzidenz verschiedener Symptome und des Schweregrades und dem Startzeitpunkt der Behandlung. Alle beobachteten Neugeborenen zeigten mindestens einmal während des Beobachtungszeitraums einen „total NAS Score“ über null. <u>Inzidenz einzelner Symptome:</u> • Zwei Anzeichen (Zittern im Ruhezustand und hyperaktiver Moro-Reflex*)* wurden häufiger bei Methadon exponierten Kindern beobachtet (P = 0.03). • Drei Anzeichen (verstopfte Nase, Niesen, Durchfälle) häufiger bei Buprenorphin exponierten Kindern (P=0.01). <u>Schweregrad:</u> • Methadon exponierte Kinder leiden allgemein unter einem schwerwiegenderen Drogenentzugssyndrom. Der durchschnittliche peak total	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass der Beobachtungszeitraum der Buprenorphin exponierten Neugeborenen länger als die von den meisten klinischen Leitfäden vorgebebenen 4 Tagen postnatal dauern sollte (Behandlungsstart teilweise erst nach 83 Stunden). Der „Peak NAS Score“ unterschied sich nicht in den beiden Gruppen. Das neonatale Drogenentzugssyndrom sollte demnach ganzheitlich, individuell untersucht und charakterisiert werden. Von den Autorinnen/Autoren genannte Einschränkungen: Stichprobe aus statistischer Sicht zu klein, Ausklammern der Daten von Kindern ab dem Startzeitpunkt der Behandlung, Unklarheiten bzgl. des Einflusses von weiteren „weichen“ Faktoren wie z.B. Lichtverhältnisse/Angebot an Saugmöglichkeiten für die Kinder. Eventuelles Übersehen wichtiger Symptome durch den Gebrauch einer modifizierten NAS Scale mit 19 items. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*:

		n= 58 Schwangere, nachdem 28 die Studie abbrachen <u>Neugeborene opiatabhängiger Mütter:</u> n= 131 Neugeborene n=73 Methadon (erstgenannt) und n= 58 Buprenorphin (zweitgenannt) • Kopfumfang in cm: 33.0±0.3 versus 33.8±0.3 • Dauer der Behandlung in Tagen: 9.9±1.6 versus 4.1±1.0 • Geburtsgewicht in g: 2878.5±66.3 versus 3093.7±72.6 • Körpergröße bei Geburt in cm: 47.8±0.5 versus 49.8±0.5 • Frühgeburtlichkeit <37 Woche in Anzahl: 14 versus 4 • Gestationsalter bei Geburt in Wochen: 37.9±0.3 versus 39.1±0.3 <u>Einschlusskriterien:</u> • opiatabhängige Schwangere mit einer Ein-Kind-			Scores war höher und 6 Symptome (ununterbrochenes Zittern, Zittern im Ruhezustand, hyperaktiver Moro-Reflex, übermäßige Reizbarkeit, Gedeihstörung, Niesen) waren stärker ausgeprägt. • Bei Buprenorphin exponierten Kindern war Niesen ausgeprägter. <u>Behandlungsbeginn:</u> Unter den behandelten Kindern benötigten die Methadon exponierten Kinder signifikant früher Behandlung als die Buprenorphin exponierten Kinder (36 Stunden (26–60) versus 59 Stunden (46–83) postnatal, (P < 0.01), im Durchschnitt 24 Std. späterer Start für Buprenorphin exponierte Kinder.	Die vorliegende Studie ist eine Sekundäranalyse einer wissenschaftlich sehr gut durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie. Die von den Autoren/innen genannten Einschränkungen (Stichprobe aus statistischer Sicht zu klein, Ausklammern der Daten von Kindern ab dem Startzeitpunkt der Behandlung, Unklarheiten bzgl des Einflusses von weiteren „weichen" Faktoren wie z.B. Lichtverhältnisse) sind zwar wichtig, jedoch auch in Zukunft nur schwer zu kontrollieren. Der Gebrauch der modifizierten NAS Scale mit 19 items ist gängig, aktuell wird an noch kürzeren Versionen gearbeitet. Zu berücksichtigen ist, dass das Ziel der vorliegenden Studie nicht dem Ziel der Originalstudie entspricht, diesem jedoch sehr ähnelt (vorliegende Studie: *To compare the profile of signs of neonatal abstinence syndrome (NAS) in methadone- versus buprenorphine exposed Infants,* hier liegt der Fokus auf den Neugeborenen*;* Originalstudie: *Use of buprenorphine as an alternative to methadone,* hier liegt der Fokus auf dem der Schwangeren*).*
EVIDENZLEVEL 1++						**STÄRKEN:** EINDEUTIGE ENDPUNKTERHEBUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

		Schwangerschaft Schwangere, die • keine medizinischen oder andere Einschränkungen hatten, die die zur Beeinträchtigung der Teilnahme führen könnte. • keine ausstehende justizielle Angelegenheit hatten. • keine Störung bzgl. der Einnahme von Benzodiazepinen oder Alkohol hatten • keine Hausgeburt geplant hatten.				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Kaltenbach, K et al. (2012). Predicting treatment for neonatal abstinence syndrome in infants born to women maintained on opioid agonist medication. USA	Sekundärdatenanalyse eines RCT	Schwangere: 175 opiatabhängige Frauen zwischen 18 und 41 Jahren mit einer Ein-Kind- Schwangerschaft zwischen der 6. und 30. Schwangerschaftswoche. Die Randomisierung erfolgte in zwei Gruppen nach dem Substitutionsmedikament:	Sekundäranalyse der Daten der Studie von Jones et al.2010. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. Datenerhebung von Neugeborenen und opiatabhängigen Müttern in 8 Zentren (6 aus den USA, 1 aus Österreich und 1 aus Kanada) in der Zeit von Mai 2005 bis Oktober 2008. Datenanalyse der folgenden	Identifikation von Faktoren, die den Schweregrad eines neonatalen Drogenentzugssyndroms bei Neugeborenen, die in utero Methadon oder Buprenorphin ausgesetzt waren, beeinflussen und vorhersagen.	Von 131 Neugeborenen wurden 68 Neugeborene (53%) behandelt. (56.9% aus der Methadongruppe, 47.4% aus der Buprenorphingruppe). Für die zu behandelnden Neugeborenen: • Bei Kindern, die behandelt werden mussten, war das Geburtsgewicht des Kindes höher (p=0.009) und der Nikotinkonsum der Kindesmutter 24 Std vor Geburt größer (p=0.03). • Die Einnahme psychotroper Substanzen, Entbindungsart, Gewicht der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Das Gewicht der Kindesmutter zum Geburtszeitpunkt, die geschätzte Schwangerschaftswoche, das Geburtsgewicht des Kindes, die Entbindungsart, der mütterliche Nikotin-Gebrauch und der Gebrauch von psychotropen Medikamenten in der Schwangerschaft können eine Rolle bzgl. des Schweregrads des neonatalen Entzugssyndroms bei Neugeborenen spielen, die während der Schwangerschaft Methadon oder Buprenorphin ausgesetzt waren.

		Gruppe der mit Methadon substituierten Schwangeren: n= 89 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 27.7±0.7 n=73 Schwangere, nachdem 16 die Studie abbrachen Gruppe der mit Buprenorphin substituierten Schwangeren: n= 86 Schwangere zu Beginn der Studie Alter= Ø 25.3±0.7 n= 58 Schwangere, nachdem 28 die Studie abbrachen. Neugeborene opiatabhängiger Mütter: n= 131 Neugeborene n=73 Methadon (erstgenannt) und n= 58 Buprenorphin (zweitgenannt) • Kopfumfang in cm: 33.0±0.3 versus 33.8±0.3 • Dauer der Behandlung in Tagen: 9.9±1.6 versus 4.1±1.0 • Geburtsgewicht in g: 2878.5±66.3 versus 3093.7±72.6	Faktoren: Variablen für das Neugeborene: • Geburtsgewicht • Schwangerschaftswoche zur Entbindung • Entbindungsart • Notwendigkeit einer NAS Behandlung • Höchstwert NAS vor Behandlungsbeginn • Behandlungsdauer • benötigte Morphindosis während der Behandlung Variablen für die Mutter: • Methadon/Buprenorphindosis der Kindesmutter bei Geburt • Gewicht der Kindesmutter bei Geburt • Anzahl der Tage der Studienmedikation (Methadon/Buprenorphin) • Einnahme Angstlösender oder hypnosedativer Mittel • Einnahme Antidepressiva (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer /SSRIs) oder psychotroper Mittel • Nikotinkonsum 24 Std vor Geburt		Kindesmutter zur Geburt, Methadon/Buprenorphindosis der Kindesmutter, Anzahl der Tage der Studienmedikation (Methadon/Buprenorphin) zeigten keine Unterschiede in der Gruppen der zu behandelnden Kindern. Der Spitzenwert der MOTHER Skala vor Behandlungsbeginn: • Der durchschnittliche Spitzenwert lag bei 12.8 (SD 0.6) in der Methadongruppe und bei 11.0 (SD 0.7) in der Buprenorphingruppe. • Später eingeschätzte Schwangerschaftswoche bei Geburt (P=0.04) und mütterlicher SSRI Gebrauch (P=0.002) sagten höhere Spitzenwerte der MOTHER Skala vor Behandlungsbeginn voraus, jedoch nur dann auf signifikantem Niveau, wenn SSRIs unabhängig von anderen psychotropen Medikamenten untersucht wurden. • Niedrigeres Gewicht der Kindesmutter bei Geburt (P=0.03) und höheres Gewicht des Kindes bei Geburt (P=0.0002) sagten höhere Spitzenwerte der MOTHER Skala vor Behandlungsbeginn voraus. • Kinder, die via Kaiserschnitt zur Welt kamen, hatten niedrigere Spitzenwerte vor Behandlungsbeginn als Kinder, die spontan entbunden wurden (P = 0.05).	Der Rolle von illegalem Drogenkonsum konnte nicht detailliert nachgegangen werden, da in der Originalstudie ein Belohnungssystem für Abstinenz inkludiert wurde und anhand von Urintests überprüft wurde. Somit war die Anzahl der drogenkonsumierenden Schwangeren zu gering, um sie in die Datenanalyse einzubeziehen (ca. 10% bei jeder Droge (Kokain, Opiate, Benzodiazepine). Auch dem möglichen Einfluss von Stillen konnte nicht nachgegangen werden, da keine spezifischen Daten vorlagen. Spezifische (psychotrope) Medikamente müssen in Zukunft separat voneinander untersucht werden, damit der Einfluss des einzelnen Medikamentes auf das neonatale Drogenentzugssyndrom eingeschätzt werden kann. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Einige Faktoren, die nicht in den traditionellen Instrumenten zur Messung des neonatalen Drogenentzugssyndroms vorkommen und nicht ausschließlich kindzentriert sind, wurden in der vorliegenden Studie untersucht. Die Zielvariablen Behandlungsdauer und benötigte Morphindosis während der Behandlung werden in der vorliegenden Evidenztabelle nicht aufgeführt, da diese dem Bereich „Behandlung“ zugeordnet werden, wäh-

		• Körpergröße bei Geburt in cm: 47.8±0.5 versus 49.8±0.5 • Frühgeburtlichkeit <37 Woche in Anzahl: 14 versus 4 • Gestationsalter bei Geburt in Wochen: 37.9±0.3 versus 39.1±0.3 <u>Einschlusskriterien:</u> • opiatabhängige Schwangere mit einer Ein-Kind-Schwangerschaft Schwangere, die • keine medizinischen oder andere Einschränkungen hatten, die die zur Beeinträchtigung der Teilnahme führen könnte • keine ausstehende justizielle Angelegenheit hatten • keine Störung bzgl. der Einnahme von Benzodiazepinen oder Alkohol hatten • keine Hausgeburt geplant hatten			Die Methadon-/Buprenorphindosis der Kindesmutter bei Geburt und der mütterlicher Gebrauch von angstlösenden Mitteln während der Schwangerschaft hatten keinen Einfluss auf die Zielvariablen.	rend die vorliegende PICO-Frage den Bereich der „Diagnose“ abdecken soll. Die vorliegende Studie ist eine Sekundäranalyse einer wissenschaftlich sehr gut durchgeführten randomisierten klinischen Studie, die viele möglich beeinflussende Faktoren kontrolliert. Die von den Autoren/innen genannten Einschränkungen bzgl. der nicht untersuchten Faktoren (Einfluss des Konsums weiterer Drogen, Stillen, psychotroper Substanzen) sollten in zukünftigen Studien eine Rolle spielen. Zu berücksichtigen ist, dass das Ziel der vorliegenden Studie *(To identify factors that predict the expression of neonatal abstinence syndrome (NAS) in infants exposed to methadone or buprenorphine in utero)* nicht dem Ziel der Originalstudie (*Use of buprenorphine as an alternative to methadone)* entspricht und der Fokus der vorliegenden Studie auf die Kinder gerichtet ist, während die Originalstudie als Patientenpopulation schwangere Frauen in den Fokus setzt.
EVIDENZLEVEL 1++						**STÄRKEN:** EINDEUTIGE ENDPUNKTERHEBUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Maguire D et al. (2013). Validation of the Finnegan Neonatal Abstinence Syndrome Tool-short form. Adv Neonatal Care. USA	Retrospektive Kohortenstudie	n= 33.856 Neugeborene mit ausgefülltem Tool (Modified Finnegan Neonatal Abstinence Syndrome Tool (M-FNAS*) n=171 Neugeborene mit NAS: davon 92 männlich Schwangerschaftswoche: 11 Neugeborene der 28. bis 37. SSW und 160 Neugeborene nach der 37. SSW Kindesmütter: 70.7% der Mütter befanden sich während der Schwangerschaft in einem Methadonbehandlungsprogramm; Methadondosis variierte zwischen 30mg und 260mg täglich, im Durchschnitt 116mg. Einschlusskriterien: • Neugeborene, die in der Zeit zwischen September 2010 und Oktober 2012 mit einer NAS Diagnose auf der Neu-	Die Krankenschwestern der Intensivstation für Neugeborene wurden im Umgang mit dem M-FNAS*, bestehend aus 21 Items, geschult. Die Werte der Neugeborenen wurden alle 3-4 Stunden dokumentiert. Zusätzlich wurde erfasst: Geschlecht des Kindes / Daten der Aufnahme und der Entlassung/ Uhrzeit der Messungen / Total und Einzel Scores des M-FNAS*/ Vorgeschichte des mütterlichen Substanzgebrauches (Erzählung oder Urintest) und psychosoziale Vorgeschichte. Danach wurde bei den Daten der Kinder mit NAS eine Faktoranalyse durchgeführt und versucht die 21 Items des M-FNAST* auf die minimal mögliche Anzahl zu reduzieren. M-FNAS* Besteht aus 3 Unterpunkten (ZNS; metabolisch, vasomotorisch und respiratorisch Störungen; Magen-Darm Störungen) und insgesamt 21 Items. Bei einem dreimaligen Score > 8 wird mit der Behandlung be-	Prüfung der Validität einer Kurzversion des modifizierten Finnegan Neonatal Abstinence Syndrome Tool mit 21 Items.	Von 33.856 Neugeborenen wurden die Scores von 171 Neugeborenen analysiert. „M-FNAS"; 21 items Von 171 Kindern hatten 21 Neugeborene einen Score ≥ 17. Die Sores variierten zwischen 0 und 29, mit einem Mittelwert von 3.5 (SD=2,5). Der Großteil aller Scores (97.7%) lag zwischen 0 und 9. Davon waren 11 Frühgeborene der 28. Bis 37. SSW. Die Kurzversion des Messbogens konnte auf zwei Faktoren mit 7 Items gekürzt werden. Der erste Faktor inkludierte **3** Items: *Schreien, Schlaf, gesteigerter Muskeltonus*, die als Frühe Anzeichen des Entzuges bezeichnet werden können. Der zweite Faktor inkludierte **4** Items: *anhaltendes Zittern, Schwitzen, Atmungsfrequenz, Exzessives Saugen*, die als fortgeschrittene oder mittelgradige Anzeichen des Entzuges ("moderate or progressing signs of withdrawal") bezeichnet werden können. Im Vergleich der langen und kurzen Version bei den Kindern, bei denen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Mit Hilfe der Kurzversion des Finnegan Scores (7 items) kann man Kinder mit neonatalen Drogenentzugssyndrom identifizieren. Die Behandlung dieser Kinder erfolgt genauso wie die der Kinder, die mit der langen Version (21 items) diagnostiziert werden. Die Autoren schlagen vor, die Kurzversion "Finnegan Neonatal Abstinence Scale–Short Form" zu nennen mit Werten von 0 bis 16. Die Kurzversion korreliert laut der Faktoranalyse stark mit dem originalen Finnegan Neonatal Abstinence Syndrome Tool. Bei Kindern mit schweren Krankheitsverläufen und schnell ansteigenden Anzeichen und Symptomen eines Entzuges wird die lange Version als hilfreicher eingestuft. Es werden weitere Studien benötigt, um die Kurzversion genauer zu testen. Einschränkungen werden wie folgt benannt: retrospektive Daten, Vorgeschichte der Kindesmütter wurde sehr unterschiedlich in ihrem Umfang dokumentiert und mögliche Einflussfaktoren konnten nicht kontrolliert werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Ein großer Datensatz (33.856 Daten von 171 Neugeborenen) wurde untersucht. Leider ist nicht er-

		geborenen-Intensivstation eines aufgenommen wurden. Ausschlusskriterien • Neugeborene bei denen kein NAS diagnostiziert wurde.	gonnen.		der Score ≥ 8 lag, korrelierte die beiden Totalscore signifikant mit dem (r = 0.629; P < .001).	sichtlich anhand welcher Kriterien die Diagnose NAS bei den 171 Neugeborenen gestellt wurde. Das Ergebnis der Studie ist relevant, da eine kürzere Version des Fragebogens für die Diagnostik des NAS zeitsparend ist. Wie die Autoren jedoch erwähnen, ist hier eine Studie, die die Kurzversion untersucht, angebracht, bevor weitere Rückschlüsse gezogen werden können.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** Selektives berichten von Endpunkten
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
O'Brien, C et al. (2004). Measurement of movement is an objective method to assist in assessment of opiate withdrawal in newborns. Australien	Querschnittsstudie	53 Neugeborene, davon • 10 gesunde Neugeborene (keine Epiduralanästhesie oder andere Medikamente bei der Entbindung, keine Drogenabhängigkeit der Kindesmutter) • 13 Neugeborene, die in utero Opiaten ausgesetzt waren ohne spätere NAS Behandlung • 30 Neugeborene, die in utero Opiaten ausgesetzt waren und wegen	Ein tragbarer Aktivitätssensor ähnlich einer Armbanduhr (Actigraph), der am Knöchel des Babys befestigt wird, wurde genutzt um die Bein-Bewegungen aller 53 Neugeborenen zu messen. Die Messungen wurden mit den Ergebnissen des klinisch basierten modifizierten „neonatal abstinence syndrome score“ (Finnegan Score, 27 items) verglichen. Der Finnegan Score wurde bei allen 53 Neugeborenen alle vier Stunden gemessen. Wenn der Score dreimal hintereinander	Suche nach objektiver Methode, um NAS festzustellen. Erkennung von NAS durch eine quantitative Messung der Beinbewegungen.	Die Genauigkeit des actigraphs in der Identifizierung von Neugeborenen, die Behandlung benötigen bzw. von Neugeborenen, die keine Behandlung benötigen war hoch, verglichen mit den Testergebnissen des „neonatal abstinence syndrome score“ (Finnegan Score). Die Sensitivität lag bei 94%; die Spezifität bei 85%; positiver und negativer prädiktiver Wert bei 88% bzw. 92%.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Um zu identifizieren, ob Neugeborene an einem Drogenentzugssyndrom leiden bzw. um zu überprüfen, ob eine Behandlung nötig ist und um den Schweregrad eines Entzugs zu bestimmen, ist die Bewegungsmessung anhand des actigraphs vergleichbar mit dem Finnegan-Score. Auch wenn es weitere, longitudinale Daten braucht, um zu bestimmen, ob Neugeborene nach Behandlung des neonatalen Drogenentzugssydnroms stabilisiert sind, deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass die Bewegungsquantität der Neugeborenen, die

		NAS behandelt wurden; davon wurden 17 NG vor der Behandlung; 8 NG während der Behandlung und 5 NG als sie stabil waren, untersucht 0% Drop out Rate <u>Gesunde Neugeborene:</u> Männlich: Weiblich: 5:5 Gestationsalter (Woche): Ø 39 Geburtsgewicht (g): Ø 3513 Perzentil: Ø 59 Postnatales Alter bei Studie (Tage): Ø 3 Mütterliche Drogenanhängigkeit in der Vergangenheit: Nein <u>Neugeborene, die in utero Opiaten ausgesetzt waren und nicht behandelt wurden:</u> Männlich: Weiblich: 6:7 Gestationsalter (Woche): Ø 37 Geburtsgewicht (g): Ø 2690 Perzentil: Ø 19 Postnatales Alter bei Studie (Tage): Ø 3 Mütterliche Drogenan-	über 8 lag oder zweimal hintereinander über 12, wurde bei dem Neugeborenen mit der stationären Behandlung begonnen. Neugeborene mit einem fortlaufend Score < 8 wurden nicht behandelt. Dem Klinikpersonal waren die Ergebnisse der Actigraph Messungen nicht bekannt. Die Entscheidung zur Behandlung wurde anhand des Scores getroffen. Die Behandlung erfolgte mit oralem Morphin.			nach Behandlung als stabilisiert galten, auf Werte zwischen der gesunden Neugeborenengruppe und der nicht behandelten Gruppe sanken. Der Vorteil der Nutzung eines Aktivitätssensors ist die Objektivität, die Zuverlässigkeit, die Effizienz und die simple Messung am Krankenbett. Eine weitere Evaluation anhand von randomisierten, kontrollierten Studien ist jedoch nötig, um endgültige Aussagen zu den Themen Nutzen, Schaden, Sicherheit und Akzeptanz machen zu können. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die vorliegende Studie zeigt, dass bei einem Verdacht auf das neonatale Drogenentzugssyndrom die Messungen eines Aktivitätssensors vergleichbar sind mit den Messungen gängiger Fragebögen. Um endgültige Aussagen zum Gebrauch eines Aktivitätssensors machen zu können, sollte eine randomisierte kontrollierte Studie erfolgen, wie die Autoren bereits erwähnen. Die beobachtete Gruppe ist klein.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** INTERVENTION SEHR GUT BESCHRIEBEN **SCHWÄCHEN:** SELECTION BIAS: NICHT ERKENNBAR IWE DIE POPULATOIN ANGEWORBEN WURDE

		hängigkeit in der Vergangenheit: Ja Beikonsumfrei (*„stable on Methadone“):* 46% Beikonsum von Methadon & Heroin: 15% Nur Heroin: 23% Beikonsum von Methadon, Heroin & anderen Drogen: 16% Methadondosierung (mg): Ø 55 <u>Neugeborene, die in utero Opiaten ausgesetzt waren und wegen NAS behandelt wurden:</u> Männlich: Weiblich: 17:10 Gestationsalter (Woche): Ø 39 Geburtsgewicht (g): Ø 2985 Perzentile Gewicht: Ø 30 Postnatales Alter bei Studie (Tage): Ø 3 Anfang der Behandlung (Tage): Ø 3 Mütterliche Drogenanhängigkeit in der Vergangenheit: Ja Beikonsumfrei (*„stable on Methadone“):*48% Beikonsum von Methadon & Heroin: 11% Nur Heroin: 8%				

		Beikonsum von Methadon, Heroin & anderen Drogen: 33% Methadondosierung (mg): Ø 79				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
World Health Organization. (2014). WHO Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO	Systematic Review - Leitlinie	Von 5632 Artikeln wurden für alle sechs Fragestellungen 93 Artikel eingeschlossen. 33 Studien davon waren RCT´s. Diese 93 Artikel konnten den einzelnen Fragen wie folgt zugeordnet werden: <u>Studientypen für die sechs Fragestellungen:</u> • Für Screening und schnelle Intervention: 10 RCT´s und 7 andere Studien • Psychosozial Interventionen : 15 RCT´s und 15 andere Studien • Entgiftung: keine Studien • Management zur Abhängigkeit: 4 RCT´s und 32 andere Studien • Stillzeit: keine Studien	Im Vorfeld wurden sechs Schwerpunktthemen von der Entwicklungsgruppe der Leitlinie bestimmt. Die sechs Schwerpunktthemen waren: 1. Screening und kurze Interventionen 2. psychosoziale Interventionen 3. Entgiftung 4. Abhängigkeitsmanagement 5. Säuglingsfütterung 6. Management bei NAS Danach erfolgte die systematische Suche in PubMed, EmBase, CENTRAL, Psychinfo, CINAHL und Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) bis Juni 2013. Die Systematic Reviews und / oder Metatanalyse wurden kategorisiert nach: A. Systematic Review nach Cochrane B. Nicht-Cochrane Systematic Review zwischen 2008 und	Eine der sechs Fragestellungen war: Management von Säuglingen, die Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen ausgesetzt sind. <u>Outcome Säugling:</u> • Tod • Behandlungsversagen • Krampfanfälle •Krankenhausaufenthaltsdauer • Gewichtszunahme • Tage, um Geburtsgewicht zu erreichen • Dauer der Entzugsbehan-dlung • Infektionen • Attachement <u>Outcome Mutter:</u> • Mutter – Kind -	Für die Fragestellung des Managements für Säuglinge, die einer Substanz in der Schwangerschaft ausgesetzt waren, wurde die Qualität der Studien als gering bewertet. Die Studien zeigten Ergebnisse zur medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung von Neugeborenen mit NAS, bzw. Neugeborenen, die Drogen-und/oder Alkohol in der Schwangerschaft ausgesetzt waren.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die geringe Studiengröße und das Risiko der Bias in den untersuchten Studien bedeuten, dass der Nachweis der Behandlungswirksamkeit sehr unsicher ist. Protokolle für das Management von NAS haben sich in den letzten 40 Jahren erheblich verändert. Erste Behandlungsrichtlinien waren gewichtsbasiert und Tabellen für die Behandlung mit Phenobarbital und Paregoric (camphorated tincture of opium), wurden veröffentlicht. Die gegenwärtige Behandlung beinhaltet die Verwendung eines Opioids wie Morphinsulfat oder einer Tinktur des Opiums oder eines Beruhigungsmittels, typischerweise Phenobarbital, wobei das Benzodiazepin seltener verwendet wird. Messinstrumente zur Bewertung des Entzugs werden verwendet, um die Behandlung und Entwöhnung zu steuern. Da es weder eine einheitliche Bewertungsmethode für die Messung von NAS, noch ein etabliertes Behandlungsprotokoll gibt und die Gesundheitspraktiken weltweit variabel sind,

		• Management des Säuglings, der Substanzen ausgesetzt ist: 4 RCT´s und 1 andere Studie • andere Thematik als oben genannt: 5 andere Studien <u>Einschlusskriterien für das Management bei NAS:</u> • bevorzugter Studientyp: randomisiert kontrollierte Studien und Systematic Reviews, Metananalysen • Studien mit Neugeborene mit Störungen durch Alkohol oder Drogenexposition in utero wie NAS und fetales Alkoholsyndrom • Studien mit systematischen Methoden zur Identifizierung und Behandlung von Erkrankungen durch Alkohol- und Drogenexposition in utero • Studien mit Medikamente bei NAS <u>Ausschlusskriterien für</u>	2013 C. Nicht-Cochrane Systematic Review vor 2008 Die Evidenz der Studien wurde nach GRADE durch zwei Mitarbeiter unabhängig bewertet. Die Stärke der Empfehlung wurde in stark oder nur bedingt durchführbar eingestuft.	Bindung		ist es schwierig, eine weltweite Empfehlung zu geben. Empfehlungen der WHO: • Gesundheitseinrichtungen, die eine geburtshilfliche Versorgung bieten, sollten ein Protokoll für die Identifizierung, Bewertung, Überwachung und Intervention mit nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Methoden für Säuglinge haben, die pränatal Opioiden ausgesetzt sind. Die Gruppe der WHO bewertet es als starke Empfehlung mit einer geringen Evidenz. • Kleinkinder aller Opioid-abhängigen Mütter sollten auf NAS überwacht werden. • Es besteht keine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen NAS und der Opioid Dosis der Mutter, sodass alle Neugeborenen aus NAS beurteilt werden sollten. • Säuglinge, die während der Schwangerschaft Opioiden ausgesetzt sind, sollten mindestens 4-7 Tage nach der Geburt im Krankenhaus bleiben und auf NAS mit einem validierten Messinstrument überwacht werden, das erstmals 2 Stunden nach der Geburt und dann alle 4 Stunden danach genutzt werden sollte. • Die pharmakologische Behandlung von Säuglingen mit NAS mit Opioide sollte nach einem validierten NAS-Behandlungsprotokoll erfolgen. • Als Erstbehandlung für Säuglinge mit

		das Management bei NAS: • Studien, die kein RCT oder Systematic Review waren, aber thematisch relevant waren.				NAS-Symptomen sollte ein Opioid verwendet werden. • Nicht-pharmakologische Interventionen (wie abgedunkeltes Licht, ruhige Umgebung beim Wickeln und Haut-zu-Haut-Kontakt) sollten bei allen Neugeborenen verwendet werden, die pränatal Alkohol und Drogen ausgesetzt sind. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Leitlinie der WHO ist gut gemacht. Die Vorgehensweise entspricht der eines Systematic Review. Leider sind die eingeschlossenen Studien nicht gelistet, jedoch in den Empfehlungen aufgeführt. Zu den sechs Hauptfragen zählt die Frage nach dem Management von Säuglingen, die Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen während der Schwanger- und Stillzeit ausgesetzt sind. Hierbei wird sowohl das Screening als auch die Behandlung der Säuglinge untersucht und in der Evidenztabelle dargestellt. Leider ist ein geplantes Update von 2016 noch nicht erfolgt. Die Empfehlungen sind in einer Expertengruppe abgestimmt worden.Die Bewertung erfolgte nach AGREE II.
EVIDENZLEVEL (QUALITYSCORE NACH AGREE II): 76%						**STÄRKEN:** KLAR FORMULIERTE KONSENTIERTE EMPFEHLUNGEN EINER GUT AUFGESTELLTEN EXPERTENGRUPPE **SCHWÄCHEN:** GERINGE EVIDENZ IN DEM BETREFFENDEN BEREICH, NUTZUNG ALS

						Quell-Leitlinie

OPS 1-945						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Goessler, A et al. (2011). The impact of clinical child protection programs. Österreich	Datenanalyse und Fragebögen	Von Januar 2004 bis Juni 2008 besuchten insgesamt 57 Kinder das Krankenhaus interne Kinderschutzprogramm (CPP). Es waren 23 Jungen und 34 Mädchen. Das Durchschnittsalter betrug 5,9 Jahre. Das jüngste Kind war 2 Wochen alt, das älteste Kind war 18 Jahre jung, als es am CPP teilgenommen hat. In 20 Familien waren bereits vorher existierende Stresfaktoren vorhanden: Finanzieller Druck und/oder Arbeitslosigkeit (n=7). Junges Alter der Eltern (n=4). Physischer Missbrauch eines erwachsenen Familienmitglieds (n=3). Psychologische Krankheiten eines erwachsenen Familienmitglieds (n=3). Zwillinge (n=1). Überzeugung eines Mitglieds der Kernfamilie	Datenanalyse Kontakt mit dem behandelnden Arzt und/oder dem Kinderarzt und dem zuständigen Sozialabreiter war etabliert. Fragebögen wurden zu den zuständigen Sozialarbeitern zugesendet.	Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung, Geschlecht, Zeit und Dauer des Krankenhausaufenthalts, Primär- und Enddiagnosen, körperliche und psychologische Therapie und Zusammenarbeit mit der Familie. Daten zu Nachsorgeterminen im Krankenhaus Objektive Maßnahmen wie von der YWA initiierte Maßnahmen, die Anzahl und Dauer der Besuche der teilnehmenden Sozialarbeiter, finanzielle Hilfe für die Familie sowie subjektivere Fragen hinsichtlich der Akzeptanz dieser Messungen durch die Familie und seine Umge-	Erhöhung der Anzahl der CPC pro Jahr: niedrigste Zahl in 2005 (n = 10) und die höchste in 2008 (n = 24). YWA installierte weitere Überwachung und Unterstützung bei 53 Patienten (93%). Für die verbleibenden drei CPC hat YWA halte weitere Maßnahmen für nicht notwendig. Die Unterstützung bestand aus wiederholten Hausbesuchen in 47 Fällen (84%) und einer gründlichen Betreuung durch einen Sozialarbeiter in 12 Fällen (21%). In sechs Fällen wurden Fallkonferenzen mit den Eltern, dem behandelnden Kinderchirurgen und Sozialarbeitern durchgeführt. In allen anderen Fällen fanden Diskussionen und Entscheidungen in regelmäßigen Sitzungen des klinischen CPT in Zusammenarbeit mit dem Kinderchirurgen, Psychologen, Kinderärzten und Sozialarbeitern statt. Bei 20 Kindern wurde primär CM- oder CA-Verdacht nachgewiesen, soweit unser CPT in Kooperation mit der YWA betroffen war. In 2 Familien mit insgesamt 3 betroffenen Kindern wurde gerichtlich ein Familienmitglied aus dem Heim verbannt, in insgesamt 7 Fällen wurde eine Ge-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Maßnahmen zum Schutz von Kindern in 98% der Fälle effizient waren. Die Zusammenarbeit mit den Familien war fair und in den meisten Fällen sehr gut. Therapeutische und soziale Interventionen wurden insgesamt akzeptiert. Die Kriterien, ob die Meldung bestimmter Fälle an die Polizeibehörden verschoben werden soll oder nicht, erfordern jedoch eine Neubewertung. Somit können weitere Verletzungen, die durch CA oder CM verursacht werden, oder fehlgeschlagene Nachuntersuchungen verhindert werden. Eine ausgezeichnete Zusammenarbeit mit den beteiligten Sozialarbeitern bestand, während die Zusammenarbeit mit der Institution der YWA aufgrund von Personalüberlastung und Diskrepanzen beim Verständnis der Datenschutzgesetze und Informationsakte sehr anspruchsvoll war. Hier ist eine Klärung erforderlich, um die Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Gruppen zu verbessern und zu vereinfachen. So kann in allen Bereichen eine funktionierende, motivierende und schützende Umwelt geschaffen und Gewalt gegen Kinder frühzeitig erkannt werden

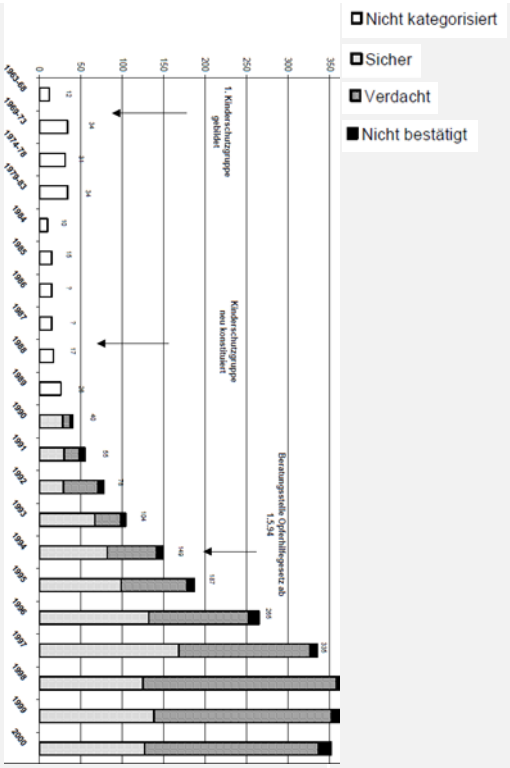
		(n=1). Alle Kinderbetraten CPP mit den oben genannten Verdachtsdiagnosen. Klinische Diagnose bestand aus Frakturen (n=37; 65%), oberflächlichen Verletzungen wie Prellungen, Kratzer oder kleinere Wunden (n=16; 28%), intrakraniale Blutungen (n=2; 3,5%) und jeweils ein Fall einer Nierenruptur, Lungenkontusion und Verbrennungen (2%). Eine Valiumvergiftung wurde in einem Fall festgestellt (2%).		bung.	richtsverhandlung eingeleitet, die in 3 Fällen noch läuft und in 4 Fällen zu einer Verurteilung führte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Maßnahmen zum Schutz von Kindern in 98% der Fälle effizient waren.	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Vorgehen des Child Protection Programs wird beschrieben und analysiert, aber nicht mit einem alternativen Vorgehen oder "Treatment as usual" verglichen. Das Outcome der Studie ist u.a. der Schutz vor einer Kindeswohlgefährdung, der laut Studie mit der Bereitstellung von Hilfsangeboten durch das Jugendamt gewährleistet ist. Die Effektivität von 98% sollte mit daher in Bezug auf das Outcome interpretiert werden.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Real world data. Multiprofessional. Kontextfaktoren wurden berücksichtigt. **SCHWÄCHEN:** Keine Kontrollgruppe
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Herbert, J et al. (2016). Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review. Australia	Systematische Überprüfung a) Welche Arten von Studiendesigns werden verwendet, um die Wirksamkeit von CACs zu bewerten? b) Welche	425 Artikel gefunden, 27 Artikel in qualitativer Synthese enthalten Artikel, die die Kriterien der Forschungsberichterstattung nicht erfüllen, wurden nach einer Bewertung des Volltextartikels ausge-schlossen. Studien, die die Ergebnisse des Modells nicht gemessen haben, wurden ebenfalls ausge-schlossen, und viele	Eine Suche in der Cochrane Library, der Campbell Collaboration Library, den PsycINFO, Medline, Embase, AMED, Proquest Dissertationen und Thesen, Proquest Family Health, Google Scholar und JSTOR wurde mit folgendem Suchstring durchgeführt: Titel: (Kind oder Kinder *) und Advocacy und (Zentrum oder Zentrum) und abus * ODER Angriff * oder belästigen * ODER offen * ODER victimi *	<u>Ergebnisse der Strafjustiz:</u> Verbesserung der Offenlegung, Verhaftungen, Strafverfolgung, Verurteilungen und Verringerung der Reaktivierung <u>Zufriedenheit der Service-Nutzer:</u> Wie Kinder und nichtbetrügerische	Es war auffällig, wie wenig Studien darauf abzielten, die Ergebnisse von Kindern und Familien zu beurteilen. Bei anderen CACs war die Wahrscheinlichkeit einer Prüfung doppelt so hoch wie bei Vergleichsgruppen, bei nicht-durchdringenden Fällen viermal häufiger als bei einer CAC (Walsh, Cross, Jones, Simone und Kolko) (2007)). Wiederum war es wahrscheinlicher, dass das CAC eine körperliche Untersuchung, eine genitale Untersuchung, wo nötig, eine Überweisung zur Beratung, sexuell	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Diese Überprüfung der Studien deckt einige signifikante Probleme mit den Beweisen für das CAC-Modell auf. Für eine derart verschwenderische Art und Weise, auf das äußerst wichtige Thema des sexuellen Missbrauchs von Kindern zu reagieren, ist eine solche begrenzte Forschung und begrenzte Evidenz für ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Ergebnisse von Kindern und Familien sehr besorgniserregend. [...] Keine der Studien, die die Auswirkungen von CACs

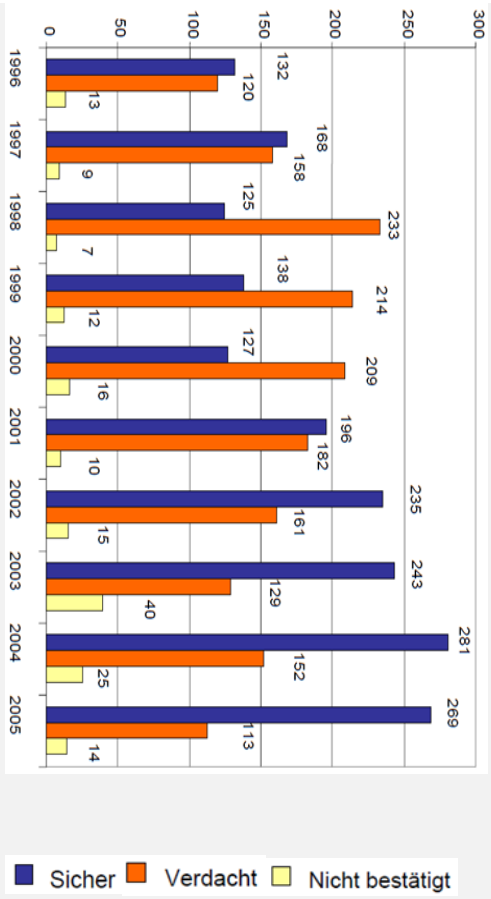
	Arten von Ergebnissen werden als repräsentativ für die Wirksamkeit von CACs gemessen? c) Was ist der Beweis für den Ansatz?	dieser Studien berichteten über die Merkmale der Dienstleistungserbringung bei CACs, anstatt über die Auswirkungen des Ansatzes zu berichten. Die älteste Veröffentlichung stammt aus dem Jahr 1996, wobei die Mehrzahl der Artikel zwischen 2005 und 2009 veröffentlicht wurde. Fast alle Studien wurden in den USA durchgeführt, hauptsächlich an Forschungsstandorten in den Südstaaten, mit Ausnahme eines in Australien und eines in Schweden. Während die meisten Studien in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, wurden viele Studien als Master- oder Doktorarbeiten veröffentlicht. Die Hälfte der Studien umfasste einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe (siehe Tabelle 2). Neun Studien verwendeten keine Kontrollgruppen, die die drei qualitativen Studien beinhalteten. Einige dieser Studien bezogen sich auf Benchmarks aus	ODER violent * ODER Exploit *). Einige Studien wurden auch durch die Überprüfung von Beweisen durch National Child Advocacy Center (2010) identifiziert.	Bezugspersonen die Untersuchung und die Aspekte der Servicebereitstellung im CAC empfanden <u>Kindertrauma:</u> Genesung sowohl durch Missbrauch als auch durch das systemische Trauma aus der Untersuchung. Familie funktioniert.	übertragbare Infektionstests (STI) oder, falls erforderlich, eine Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) vornahm. Während diese Dienste anscheinend in dieser Studie keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Strafverfolgung hatten (Edinburgh et al., 2008), führte der verstärkte Einsatz von Untersuchungen zu einer erhöhten Erkennung von Genitaltraumen, die sich auf die Stärke der Fälle auswirken können. Kinder berichteten jedoch keinen signifikanten Unterschied in der Zufriedenheit mit der Untersuchung zwischen den beiden Bedingungen. Walshet al. (2007) verglichen die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit medizinischen Untersuchungen und fanden ein ähnlich hohes Maß an Zufriedenheit sowohl in den CAC- als auch in den Vergleichs-Community-Fällen, verglichen jedoch nicht die Zufriedenheit der Kinder. Die Ergebnisse unterschieden sich signifikant in den verschiedenen Gemeinschaften, was darauf hindeutet, dass der Erfolg von forensischen Interviews eine komplexere Interaktion zwischen Fall und Abweichungen in den Fähigkeiten und Herangehensweisen der Forscher sein kann (Lippert et al., 2009). Shepler (2010) fand heraus, dass weder die Revisionsraten nach 24 Monaten seit der Anschuldigung noch der Zeitpunkt der Reaktivierung zwi-	auf Kinder- und Familienergebnisse untersuchten, beinhaltete eine Vergleichsgruppe, die nicht der CAC angehört. [...] Diese Überprüfung ergab eine komplizierte Mischung von Ergebnissen, von denen einige tatsächlich Ergebnisse sind (Indikatoren, die das Modell betreibt), oder die große Bilder sind, die viele komplizierende Faktoren beinhalten, die außerhalb der Kontrolle der CACs und ihrer Behörden liegen , (strafrechtliche Verurteilungen). [...] Anstatt Schlussfolgerungen über den Erfolg oder Misserfolg des Ansatzes für seine Auswirkungen auf Variablen zu ziehen, die weit entfernt von seinem Einfluss sind, stellen die Kartierung und Bewertung der Wirkung des Ansatzes auf Zwischenergebnisse einen realistischeren Ansatz dar. Das Erkennen dieser Zwischenergebnisse erkennt die Arbeit von Praktikern im Modell vollständiger an und bietet Möglichkeiten zum Lernen und zur Veränderung der Art und Weise, wie das Modell geliefert wird. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Outcomes der inkludierten Studien, sind bis auf „family functioning“ nicht relevant für die PICO-Frage 5. Allerdings werden in der systematischen Übersichtsarbeit auch Studien erwähnt, in denen Patienten, die von Kinderschutzgruppen betreut werden, häufi-

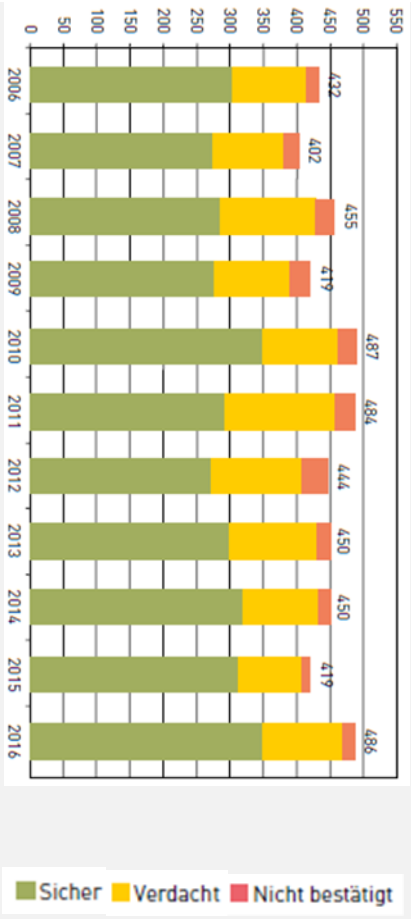
		früheren Studien, mit denen der CAC-Ansatz verglichen wurde.			schen Teilnehmern, die Leistungen bei einer CAC erhalten haben, oder dem traditionellen Versorgungsmodell (N = 370) unterschiedlich waren. Zwischen den drei Bedingungen (CAC, Polizei-Kinderschutz-Team und traditionell) wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt	ger untersucht werden. Die Literaturrecherche verlief systematisch, die Evidenz der inkludierten Artikel ist mäßig und die Beurteilung der Qualität fehlt.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Praktische Outcome Maßnahmen. **SCHWÄCHEN:** Wird nicht erwähnt, wieviele Personen die Studien und Daten ausgewählt haben. Ausgeschlossene Studien sind nicht aufgelistet.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Jaudes, P et al. (1992). Interdisciplinary Evaluations of Alleged Sexual Abuse Cases. USA	Ökologische Studie (Zeittrend-analyse)	264 Kinder wurden im La Rabida Kinderkrankenhaus wegen angeblichen sexuellen Missbrauchs untersucht. Pre-Victim-sensitives Interviewprogramm (vor VSIP) 38 Kinder von Januar 1984 bis Juni 1986 und Opfersensitives Interviewprogramm (VSIP) 226 Kinder von Juli 1986 bis Juni 1988 Kriterien für das Programm: Alter von 3-14 Jahren, wohnhaft in den Polizeibezirken I und II der Stadt Chicago, mit einem	86% weiblich (226) Ø Alter = 7,3 (SD = 3,3 Jahre) Es gab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Alter, Aufschrei, Symptome, körperliche Befunde oder das Vorhandensein sexuell übertragbarer Krankheiten bei den Kindern in den verschiedenen Gruppen. Retrospektive Überprüfung der Einführung und Auswertung des Victim Sensitive Interviewing Program (Juli 1986 bis Juni 1988) - Vergleich von pre-VSIP (Jahr 1984 - 1986) und post VSIP (1986 -	• Anzahl der Interviews • Identifizierung des Täters • Gebühren, wenn der Täter identifiziert wurde und • Angezeigte Fälle von sexuellem Missbrauch sind staatliche Kinderfürsorge-einrichtungen	Die VSIP-Fälle zeigten im Vergleich zu den VSIP-Prävalenzen einen signifikanten Anstieg der (1) Täteridentifikation (71% der VSIP-Fälle und 85% der VSIP-Fälle, p <0,0359, (2) Belastungen bei der Täteridentifikation) (33% der VSIP-Fälle und 60% der VSIP-Fälle, p <0,01) und (3) Fälle von sexuellem Missbrauch durch das staatliche Kinderhilfswerk (68% der VSIP-Fälle und 88% der VSIP-Fälle, p <) 0,006). Signifikante Unterschiede wurden zwischen VSIp und Polizeigebiet V in (1) Identifizierung des Täters festgestellt (85% der VSIP-Fälle gegenüber 39% der Fälle in Areal V, p <0,001); (2) erhobene Gebühren, wenn die Identifizierung des Täters erfolgt ist	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Teams arbeiten zusammen, um bessere Ergebnisse zu erzielen. Interdisziplinäre Auswertungen von angeblich sexuell missbrauchten Kindern verringern nicht nur die Anzahl der investigativen Interviews und Interviewer, mit denen ein Kind konfrontiert ist, sondern erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit der Identifizierung des Täters, die angezeigten Fälle durch die staatliche Behörde und die Strafverfolgung durch die Polizei mit der Staatsanwaltschaft. Wir empfehlen dringend die Bildung von interdisziplinären Teams in regionalisierten Zentren, um angeblich sexuell missbrauchte Kinder zu beurteilen. Die Polizei sollte immer eine Untersuchung durchführen.

		hohen Index des Verdachts, sexuell missbraucht zu werden und wenn bekannt, angeblich nicht sexuell missbraucht von einem Fremden.	1988). VSIP Ein koordiniertes Untersuchungsinterview, medizinische Untersuchung und Follow-up-medizinische und Beratungsdienste für mutmaßliche Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs. Das Programm wurde auf dem Konzept der interdisziplinären Koordination zwischen Polizei, staatlichem Kinderschutzdienst, Staatsanwälten sowie medizinischen und psychosozialen Fachkräften aufgebaut. Das Interview beinhaltet ein koordiniertes ausführliches Interview eines angeblich sexuell missbrauchten Kindes unter Verwendung eines Standard-Interviewprotokolls, das von allen betroffenen Parteien vorab festgelegt wurde. Fachleute treffen sich vor und nach dem Interview, um Informationen auszutauschen und einen Plan zu entwickeln. Dies ist dokumentiert. Das Interview wurde von einem medizinischen Sozialarbeiter geführt und von einem erfahrenen und ausgebildeten Kinderarzt untersucht. Vergleich zwischen VSIP und Chicago Police Area V (keine		(60% der VSIP-Fälle gegenüber 96% der Vasen im Bereich V p <0,001); und (3) idicated Fälle von sexuellem Missbrauch durch die staatliche Kinderfürsorge (88% der VSIP Fälle vs 57% der Fälle in Area V, p <0,001).	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nur sexueller Missbrauch, andere Formen der Misshandlung wurden bei der Bewertung des neuen Programms nicht berücksichtigt. Die Autoren stellen fest, dass die Beteiligung der Polizei auch eine entscheidende Rolle dabei spielt, das Kind vor künftigen Misshandlungen zu schützen (gemessen anhand der Anzahl der geahnten Gebühren).
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Multiprofessional. Real world data. **SCHWÄCHEN:** Nur sexueller Missbrauch

			koordinierten Teams für sexu-ellen Missbrauch zwischen 1986 und 1987)			

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Kinderschutz-gruppe und Opferbera-tungsstelle des Kindespitals Zürich. Jahres-bericht 2000, 2005 und 2016. Schweiz	Jahresstatistik 2000	Fälle von (Verdacht auf) Kindesmisshandlung der Kinderschutzgruppe im Kinderspital Zürich 1963 - 2000				
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Real world data. Misshand-lungsart, Betreuungsart der Fälle und Beurteilungssicherheits präsentiert (z.B. Verdacht oder Sicher oder nicht Bestä-tigt). **Schwächen:** nicht erkennbar

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Kinderschutz-gruppe und Opferbera-tungsstelle des Kindespitals Zürich. Jahres-bericht 2000, 2005 und 2016. Schweiz	Jahresstatistik 2005	Fälle von (Verdacht auf) Kindesmisshandlung* im Kinderspital Zürich 1996 bis 2005		Bestand vor diesem Zeitpunkt [1969] bei Kindsmisshandlungen oft noch das große Dilemma „einsamer Helfer versus Zusammenarbeit“, so sind seither für uns interdisziplinäres Vorgehen sowie Vernetzung eine Selbstverständlichkeit und Maßstab professioneller Kinderschutzarbeit. Unser Grundsatz „Kinderschutz nie im Alleingang!“ - und somit besonnenes Reflektieren in einem Team – dient einem maßgeschneiderten Vorgehen unter Berücksichtigung verschiedens-ter Aspekte und schützt hoffentlich betroffene Kinder und Familien vor überschießenden, emotionalen Reak-tionen unsererseits oder anderer Beteiligter. Interdisziplinäre Zusam-menarbeit schützt jedoch auch Mit-glieder einer Kinderschutzgruppe oder Drittpersonen, welche eine Kindsmisshandlung vermuten, vor den leider vorkommenden Angriffen von außen. Nach dem starken Anstieg der Fall-zahlen seit den frühen Neunzigerjah-ren sind die Zahlen seit 1999 leicht rückläufig. Der Grund dafür ist wohl die Tatsache, dass in den Jahren 1997 – 1999 im Kanton Zürich 19 (!) Kin-derschutzgruppen gebildet wurden. 1988 wurden Kinderschutzgruppen	
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Real world data. Misshand-lungsart, Betreuungsart der Fälle und Beurteilungssicherheits präsentiert (z.B. Verdacht oder Sicher oder nicht Bestä-tigt). **Schwächen:** nicht erkennbar

					neu konstituiert. Ab dem 1. Mai 1994 trat das Beratungsstelle Opferhilfegesetz in Kraft. Ab 1998 bildeten sich regionale Kinderschutzgruppen.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kindespitals Zürich. Jahresbericht 2000, 2005 und 2016. Schweiz	Jahresstatistik 2016	Anzahl Meldungen von (Verdacht auf) Kindsmisshandlung* im Kinderspital Zürich 2006-2016			Die Misshandlungsfälle werden von verschiedenen Personen an die Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich herangetragen. Ungefähr zwei Drittel aller Fälle werden von Personen oder Organisationen ausserhalb des Kinderspitals gemeldet (betroffene Kinder und Jugendliche, deren Familien, Angehörige oder Bekannte sowie Fachleute, Institutionen und Behörden, die mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien arbeiten), ein Drittel von Mitarbeitenden des Kinderspitals, vor allem der Notfallstation und der Bettenstationen. Es bleibt eine traurige Tatsache, dass die Fallzahlen weiterhin sehr hoch sind. Jedes dieser Kinder braucht unsere professionelle Unterstützung und Aufmerksamkeit.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: 2000: Als besonders wichtig erachten wir jeweils die lokale Vernetzung. Aus diesem Grunde begrüßen und unterstützen wir die Bildung regionaler Kinderschutzgruppen, welche einerseits Fachpersonen beraten, andererseits jedoch auch betroffene Familien selbst betreuen. 2005: Die Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich verzeichneten im Jahr 2005 eine deutliche Zunahme der durch Misshandlung schwer verletzten Säuglinge und Kleinkinder. 2016: Die Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich hat 2016 deutlich mehr Fälle bearbeitet als im Vorjahr. Nachdem während den letzten fünf Jahren die gemeldeten Zahlen von misshandelten Kindern eher rückläufig waren, verzeichnete die Kinderschutzgruppe im Jahr 2016 mit 486 Fällen eine Zunahme von 16% im Vergleich zum Vorjahr. Vor allem die Anzahl der körperlich misshandelten Kinder hat weiter zugenommen.

						Schlussfolgerung der Gutachter/innen: Die Jahresstatistiken des Kinderhospitals Zürich zeigen vor allem im Verlauf von 1998 bis 2005 eine starke Tendenz, dass Kinderschutzfälle öfter als „sicher" und weniger häufig als „Verdacht" identifiziert werden. Dies mag an der Einführung der regionalen Kinderschutzgruppen liegen. Ein kausaler Zusammenhang kann mangels der fehlenden statistischen Auswertung unter Berücksichtigung der Störfaktoren nicht benannt werden. *Kindesmisshandlung: sexuelle Ausbeutung, körperliche Misshandlung, psychische Misshandlung, Vernachlässigung, Münchhausen by proxy-Syndrom
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Real world data. Misshandlungsart und Beurteilungssicherheits präsentiert (z.B. Verdacht oder Sicher oder nicht Bestätigt). **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Krappitz, A. (2016).Implementierung des „Klinischen	Retrospektive Beobachtungsstudie	Alle greifbaren Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung der Bonner Kinder-	Datenerhebung am Krankenhaus mit klinischem Pfad (UKB): KSG geführtem Fallregister, krankenhauseigenen Datenbank	Entwicklung der Aufklärungsquote bei Verdacht auf Kindeswohlge-	Pfadevaluation (am UKB): Insgesamt in 38 Fällen (34,2 %) fand die Kinderschutzarbeit absolut pfadkonform statt. Zu Abweichungen kam	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Im Vergleich der in diese Arbeit eingeschlossenen Kliniken untereinander,

Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ und Evaluation der Fälle 2006 bis 2012. Deutschland		schutzgruppe innerhalb der Jahre 2006 und März 2012 kamen zur Auswertung. Fälle noch ungeborener Kinder, die aus einem schwierigen sozialen Umfeld stammten und bei deren Familien der Sozialdienst oder die KSG involviert waren. Insgesamt 329 verzeichneten Fällen (N = 329 verteilt auf 75 Monate) 113 Jungen (34,8 %) und 212 Mädchen (65,2 %) Durchschnittliches Alter: 6 Jahre Verdacht auf Misshandlung: 33,8 % Verdacht auf Missbrauch: 32,8 % Verdacht auf Vernachlässigung: 28,8 % Verdacht auf MbpS: 0,3 % Verdacht auf „sonstige“ KWG: 4,2%	KAS (Klinisches Arbeitsplatzsystem), Konsil Kinderschutzgruppen → N = 185 Kinderschutzfälle Datenerhebung am Krankenhaus ohne klinischem Pfad (MHosp): krankenhauseigenen Datenbank KAS , Ordner mit allen kindergynäkologischen Untersuchungsbefunden → N = 144 Kinderschutzfälle Die Daten wurden hinsichtlich ihrer Dokumentationsqualität, ihres Inhaltes und ihrer Pfadkonformität untersucht. Insbesondere wurde das Augenmerk auf epidemiologische Daten, Verletzungsmuster, Risikokonstellationen, Prodromi von KWG und einen möglichen Vorteil, in Bezug auf ein standardisiertes Vorgehen, gelegt.	fährdung. <u>Pfadevaluation:</u> Zeit, Recherche und Diagnostik, um die Umsetzung des Pfades.	es im 65,8 % der Fälle (n = 73). Die Gespräche mit dem Kinderarzt ergaben 37 Mal (52,9 %) eine Bestätigung des erhobenen Verdachtes auf KWG, 33 Mal (47,1 %) konnte der Verdacht auf diese Weise nicht gefestigt werden. <u>Aufklärungsquote:</u> Am Universitätsklinikum lag die Aufklärungsquote („wird ausgeschlossen“ und „wird sicher bestätigt“) bei 49,1 % und beim Marienhospital bei 40,5 %. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Aufklärungsquoten der beiden Studienkliniken bestand nicht (p = 0,317). Auch in Hinblick auf die einzelnen Formen von KWG konnte hier, abgesehen von „sonstiger KWG“ (p = 0,015), kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (MH: p = 0,946; MB: p = 0,389; V: p = 0,127). <u>Aufenthaltsdauer:</u> Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer des gesamten Beobachtungszeitraumes lag am Universitätsklinikum bei 4,46 Tagen und am Marienhospital bei 6,42 Tagen. Dieser Unterschied ist primär nicht signifikant (p = 0,181). Unter Berücksichtigung jeder einzelnen Form von KWG für sich, zeigt	zeigten sich, gemessen an Aufenthaltsdauer, Aufklärungsquote und Häufigkeitsquote verschiedener durchgeführter Konsultationen, vorteilhaftere Ergebnisse für den Einsatz des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“. Im Großteil der Pfadanwendungen kam es, während dieses als Pilotprojekt zu bezeichnenden Ablaufes, zu Abweichungen von den im Pfad ausgesprochenen Empfehlungen. […] Als weiterhin problematisch zeigte sich die Sensitivität der klinischen Kinderschutzarbeit, gemessen an den Untersuchungsergebnissen und der klinischen Aufklärungsquote, die trotz deutlicher Verbesserung noch optimierbar ist. Hier wird für die Zukunft noch deutlicher Verbesserungsbedarf, beispielsweise in Form von Fortbildungen oder Schulungen und insbesondere einer besseren Publikmachung, des allgemeinen Vorgehens im Kinderschutz, gesehen. Ebenso ist der Ausbau eines sogenannten Rückmeldungssystems, durch Rückmeldung oder Vernetzung mit Institutionen, wie Jugendämtern oder Justiz wünschenswert. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die retrospektive Beobachtungsstudie beschreibt und analysiert die insgesamt 329 Kinderschutzfälle der Bonner Kinderkliniken strukturiert und umfassend. Bei den statistischen Angaben fehlen die Konfidenzintervalle, die zu einer

					sich, dass eine KWG-Behandlung am UKB signifikant kürzer war als am St.-Marien-Hospital (p = 0,003).	besseren Beurteilung beigetragen hätten. Die Auswahl der Outcomes ist gut gewählt, um das Arbeiten mit und ohne klinischen Pfad zu vergleichen. Eine kritische Würdigung der möglichen Studieneinschränkung wurde nicht vorgenommen.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** Die Auswahl der Outcomes ist gut gewählt und relevant für die Praxis. **SCHWÄCHEN:** Bei den statistischen Angaben fehlen die Konfidenzintervalle. Unbekannt, ob zwei Gruppen ausgewählt wurden, die vergeleichbar sind. mögliche Störfaktoren wurden nicht identifiziert und in die Bewertung der Ergebnisse einbezogen.

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
McDonald KC (2007): Child abuse: approach and management. USA	Erzählender Bericht	Nicht zutreffend Kinder mit Verdacht auf Kindesmisshandlung Not applicable Children with suspected child maltreatment	Überblick über Literatur and Praktiken bzgl Management von Kindesmisshandlungen mit multidisziplinären Ansätzen.	Ansätze und management von Kindesmisshandlung	Ein multidisziplinärer Ansatz, oder ein Kinderschutzteam, wird zutiefst ermutigt, um eine adäquate Evaluation, Behandlung und Nachsorge einer potenziellen Kindesmisshandlung. Empfehlenswerte Mitglieder für ein multidisziplinäres Team sind: Ärzte, einen Kinderarzt oder einen forensischen Kinderspezialisten, Jugendamtmitarbeiter, Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Psychologen und Polizist.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Ein mutlidisziplinärer Ansatz ist empfohlen, um eine adäquate Evaluation und Behandlung von Opfern zu gewährleisten. Jedoch liegt ein Großteil der Verantwortung bei dem behandelnden Familienarzt, eine Kindesmisshandlung zu erkennen und Fälle bei einer ersten Vorstellung zu behandeln, um eine signifikante Morbidität und Mortalität zu verhindern. Dies beruht auf einem Konsens, krankheitsbezogenem Beweismateri-

						al, geläufig Praxis, Expertenmeinungen oder Fallstudien. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Ein Überblick an Ansätzen zur Management von Kindesmisshandlungen. Ein multidisziplinärer Ansatz zur Evaluierung, Diagnose und Behandlung von Kindesmisshandlungen wird auf Grundlage eines geringen Erfahrungsschatzes empfohlen. Ein multidisziplinärer Ansatz scheint aktuell die beste Praxis zu sein. Es ist möglich, solche ansätze auf deutsche Krankenhäuser zu übertragen.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Expertenmeinung von Ärztin mit praktischen Erfahrung. **SCHWÄCHEN:** Limitierte Evidenz benutzt

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Smith JAS & Efron D (2005): Early case conferences shorten length of stay in children admitted to hospital with suspected child abuse.	Randomised control Trail	Children admitted to Royal Children's Hospital, Melbourne, because of suspected child abuse or neglect for a 12-month period from March 2001 to February 2002 inclusive. 25 Patients in total randomised into either SCAN Group = 13	<u>SCAN Group:</u> A case conference was held within 24 h of admission to share information and plan case management. Meetings were attended by a senior child protection worker of the region in which the child resides, a senior police officer, regional Sexual Offences and Child Abuse unit, a member of	Covered communication between agencies, medical investigations and referrals, diagnosis of child abuse, confidence with which such determination was made, inter-agency agreement of diagnosis, length of	Children in the SCAN group experienced significantly shorter hospital admissions (42.4 hours) than those in the NOSCAN group (99.7 hours). There were no significant differences between the groups in the types of investigations performed or patterns of referral for specialist medical opinion. Each professional was asked to indi-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* The same methods of evaluation, the same types of investigations and the same communications occurred regardless of the timing of the case conference. However, for children in the SCAN group the process occurred faster than for children in the NOSCAN group. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*:

Australia		pateints NOSCAN Group (Control) = 12 patients. <u>SCAN Group:</u> 8 males, 5 females Age range: 2 months – 11 years 6 months <u>NOSCAN Group:</u> 5 males, 7 females Age range: 2 months – 14 years	the admitting medical unit (consultant physician and/or the medical registrar), a social worker and paediatrician from the child abuse service at Royal Children's Hospital. Family members did not attend the meeting. The details of the history and examination were discussed and an assessment was made of the likelihood that the child's condition was due to child abuse and/or neglect. The experimental condition in this study was the process used by professionals to share information and plan case management, a process that always occurs without parents being able to offer or withhold consent. <u>NOSCAN Group</u> The existing model for service provision was applied, with each agency conducting their own independent evaluation of the case (and a case conference might or might not have been held) Data were collected by questionnaires completed by each of the three professional groups at three time points: on admission to hospital, at discharge and 3	hospital stay, appearance in court in relation to case and duration of involvement with case.	cate whether the diagnosis of child abuse had been made, excluded or whether the professional remained uncertain of the diagnosis (Table 3). Of the three professional groups, doctors were most likely to reach the conclusion that child abuse had occurred (52% of patients), followed by protective workers (44% patients) and police (20% patients). Each professional group reached a diagnosis of child abuse for more patients in the SCAN arm of the study than the NOSCAN arm; however, these differences were not statistically significant. All professionals indicated a high level of confidence in determining or excluding the diagnosis of child abuse in relation to the study patients. Mean score for doctors was 8.1, police 7.0 and protective workers 7.9. There was no difference between the SCAN and NOSCAN groups. Respondents from all of the three professional groups reported a high level of agreement with professionals from other two agencies in relation to determining or excluding the diagnosis of child abuse, with all mean scores being between 7.1 and 9.4 (from 10).	Very small sample size and not enough power for analysis. This has also been noted by authors. A case conference in the first 24 hours reduces the length of stay in the hospital but no other differences were observed. No information about what is involved in the procedure of the control group (treatment as usual). Some workers said it was difficult to attend case conferences at short notice.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** The treatment and control groups are similar at the start of the trial. All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way. **SCHWÄCHEN:** Very small sample size

			months following discharge.			
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Thun-Hohenstein, L. (2005). The work of child protection groups in Austria. Österreich	Fragebogen-erhebung	Österreichische Kinderschutzgruppen 50 Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde (n = 43) und Abteilungen/Stationen für Kinderchirurgie (n = 7) 38 (88 %) Kinderspitäler und 7 (100 %) Kinderchirurgien füllten den Fragebogen aus und retournierten ihn. Keine der Abteilungen ohne KSG verfügt über einen Kinderpsychiatrischen Konsiliardienst, hingegen 19/32 Abteilungen mit KSG. Eine psychosomatisch-kinderpsychiatrische Station findet sich an 12 der 32 Abteilungen mit KSG und nur an 1 der Abteilungen ohne KSG. 26 von 38 (68,4 %) aller Kinderspitäler und alle	2003 Fragebogenerhebung an allen Kinderspitälern (43) und Kinderchirurgien (7) Österreichs Es wurden insgesamt 50 Abteilungen für Kinder-und Jugendheilkunde (n = 43) und Abteilungen/Stationen für Kinderchirurgie (n = 7) angeschrieben. 38 (88 %) Kinderspitäler und 7 (100 %) Kinderchirurgien füllten den Fragebogen aus und retournierten ihn. Zusätzlich wurden Hintergrundvariable wie Bettenzahl, das Vorhandensein einer psychosomatischen Station, eines Kinder- + Jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes, die personelle Ausstattung der Abteilungen mit psychosozialen MitarbeiterInnen sowie die stationären Aufnahmen pro Jahr abgefragt.	Bettenzahl, das Vorhandensein einer psychosomatischen Station, eines Kinder- + Jugendpsychiatrischen Konsiliardienstes, die personelle Ausstattung der Abteilungen mit psychosozialen MitarbeiterInnen sowie die stationären Aufnahmen pro Jahr.	68 % aller Kinderspitäler und 100 % aller Kinderchirurgien verfügen über eine KSG. Abteilungen mit KSG verfügen über mehr Betten und Personal, insbes. Psychosoziale MitarbeiterInnen und haben eine doppelt so hohe Entdeckungshäufigkeit. An das Jugendamt wurden im Durchschnitt 72,7 % (± 22,9) der Kinder gemeldet, in 27,7 % (± 24,8) eine Anzeige erstattet. Die prozentuelle Meldung /Aufnahmen pro Jahr beträgt für Abteilungen mit Kinderschutzgruppen minimal 0,2 bis maximal 3,5%. Für Abteilungen ohne eine Kinderschutzgruppe beträgt die Spanne 0,5 bis 1,0%. <u>Zusammensetzung der Kinderschutzgruppen nach genannter Häufigkeit</u>: DGKP/KISPI*: 96,4% Psychologen: 89,3% Pädiater: 89,0% DAS**: 71,4% Gynäkologe: 57,1%	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Kritischerweise muss angemerkt werden, dass unsere österreichischen Zahlen retrospektive Fragebogenzahlen sind, d. h. keine prospektive Erhebung und somit das Datenmaterial nicht so aussagekräftig ist. Unsere Ergebnisse liegen damit im internationalen Schnitt, allerdings unter den Erwartungen. Auch ist die Streuung der Entdeckungshäufigkeit bemerkenswert und muss in beiden Extremen dringend hinterfragt werden (0 % und 3,62 %). [...]Die im Gesetz verlangte Meldung jedes Verdachtsfalles an die Jugendwohlfahrt bildet sich in unseren Zahlen aufs erste nicht ab. Dies liegt am ehesten an der Tatsache, dass etwa 30 % der Verdachtsfälle nicht bestätigt werden und daher auch nicht an das Jugendamt gemeldet werden. Zieht man diese Zahl ab, kommt die Meldehäufigkeit nahe an 100 %, und damit erfüllen die österreichischen KSG ihren gesetzlichen Auftrag. [...] Die Entwicklung der KSG sollte in Zukunft alle Abteilungen, die Kinder und Jugendliche behandeln, umfassen – insbesondere Unfallchirurgie, Traumatologie, Gynäkologie, Der-

		Kinderchirurgien (100 %) gaben an, eine Kinderschutzgruppe zur Verfügung zu haben. An zwei weiteren Kinderabteilungen gab es ein kinder- und jugendneuropsychiatrisches Team, das Kinderschutzfälle betreut, aber keine eigene Kinderschutzgruppe. • 7,1 % der Kinderschutzgruppen. eigene Finanzierung • 3,6 % der Kinderschutzgruppen: Literaturbudget • keine einzige KSG verfügt über eigene Kinderschutzgruppenstellen Weiterbildungsmöglichkeiten bei 78,6 % aller Kinderschutzgruppen vorhanden.			Psychotherapeuten: 50,0% DGKP/KICHI***: 50,0% Kinder- und Jugendneuropsychiater: 39,3% Allgemeinarzt: 10,7% Andere: 60,7%	matologie –, da im Klientel dieser Abteilungen sehr häufig Misshandlungsformen durch andere klinische Symptome maskiert präsentiert werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Methodik wird ungenau und knapp beschrieben. Abteilungen mit und ohne eine Kinderschutzgruppe finden Erwähnung in Bezug auf den Kinderpsychiatrischen Konsiliardienst, und die psychosomatisch-kinderpsychiatrische Station, und der Entdeckungsfähigkeit. Die prozentuelle Meldung /Aufnahmen pro Jahr beträgt für Abteilungen mit Kinderschutzgruppen minimal 0,2 bis maximal 3,5%. Für Abteilungen ohne eine Kinderschutzgruppe beträgt die Spanne 0,5 bis 1,0%. Der Grund für die große Varianz wird nicht beschrieben.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Untersuchung alle Kliniken im Österreich. **SCHWÄCHEN:** Die Methodik wird ungenau und knapp beschrieben.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Verocai, E et al. (2013). Evaluation of a child protecting team by an independent cooperation	Fragebogen	In den Jahren 1999–2009 wurden der KSG 196 Kinder und Jugendliche gemeldet, bei denen der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung bestand. Bei 64	Der Fragebogen beinhaltete 17 detaillierte Fragen zur Akte eines Kindes bzw. Jugendlichen mit Multiple-Choice-Antworten. Bei einigen Fragen war zusätzlich ein Freitext möglich, um den Mitarbeitern der JWF zu	▸ Waren die Kinder bzw. Jugendlichen sowie deren Familien der Jugendwohlfahrt bereits bekannt?	Der Verdacht auf Misshandlung bestand bei 21/45 (47 %), auf Missbrauch bei 7 (16 %), auf Vernachlässigung bei 12 (26 %) und auf eine Kombination dieser möglichen Ursachen bei 5/45 (11 %) der Kinder und Jugendlichen. 26 dieser 45(58 %) Kinder	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Ein erstaunliches Ergebnis unserer Arbeit ist, dass durch die Meldung positive Veränderungen bei 80 % der Kinder und Jugendlichen und bei 40 % der Familien erzielt werden, obwohl bei

partner - suggestions for an optimized procedure. Österreich		bestand der Verdacht auf eine Misshandlung, bei 46 auf Missbrauch, bei 70 auf Vernachlässigung und bei 16 Kindern und Jugendlichen auf eine Kombination verschiedener Ursachen. In 10 Jahren meldete die KSG Feldkirch 80 Kinder und Jugendliche der JWF. Die Mitarbeiter der JWF bearbeiteten von den 80 gemeldeten Kindern und Jugendlichen 45 mittels strukturierten Fragebogens. Bei den restlichen 35 war entweder der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt (n = 15), der zuständige Mitarbeiter der JWF nicht erreichbar (n = 6) oder der Akt wurde aufgrund eines Wohnortwechsels abgetreten (n = 14). 45 Kinder Ø Alter 5,5 ± 4,9 Jahre, 20/45 (44 %) männlich 25/45 (56 %) weiblich	ermöglichen, Themenbereiche einzubringen, die außerhalb der vorgefertigten Antwortmöglichkeiten lagen. Folgende Fragen wurden gestellt: ▸ Waren die Kinder bzw. Jugendlichen sowie deren Familien der Jugendwohlfahrt bereits bekannt? ▸ Erfolgte eine Anzeige? ▸ Hat sich in der Einschätzung der JWF der Verdacht bestätigt? ▸ Ergaben sich durch die Meldung neue Probleme für das Kind, den Jugendlichen oder die Familie? ▸ Welche positiven oder negativen Veränderungen ergaben sich aufgrund der Meldung für die Kinder bzw. Jugendlichen und deren Familien? ▸ War die schriftliche Meldung der Kinderschutzgruppe für die Jugendwohlfahrt hilfreich?	▸ Erfolgte eine Anzeige? ▸ Hat sich in der Einschätzung der JWF der Verdacht bestätigt? ▸ Ergaben sich durch die Meldung neue Probleme für das Kind, den Jugendlichen oder die Familie? ▸ Welche positiven oder negativen Veränderungen ergaben sich aufgrund der Meldung für die Kinder bzw. Jugendlichen und deren Familien? ▸ War die schriftliche Meldung der Kinderschutzgruppe für die Jugendwohlfahrt hilfreich?	und Jugendlichen waren der JWF bereits vor der Meldung der KSG bekannt. Eine Anzeige entweder durch die KSG oder die JWF wurde in 34/45 (75 %) Fällen gemacht. Bei allen 17 bearbeiteten Fällen von Vernachlässigung oder einer Kombination bestätigte sich in der Einschätzung der JWF der Verdacht der KSG. Positive Veränderungen durch die Meldung konnten bei 35/45 (78 %) Kindern und Jugendlichen erzielt werden. Als positive Veränderungen für das Kind, den Jugendlichen wurden genannt: Bewusstwerdung der familiären Probleme, Eigentherapie eines Elternteils, neue familiäre Situationen, Schutz des Kindes, des Jugendlichen verstärkt und Sonstiges. Bei den Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen erbrachte die Meldung der Kinderschutzgruppe bei 19/45 (42 %) Familien positive Veränderungen. Als positive Veränderungen für die Familie wurden genannt: Bewusstwerdung der familiären Probleme, Erhöhung der Konsequenz der Eltern, mehr gegenseitige Anerkennung, neue familiäre Situation und Sonstiges. Die schriftliche Meldung der Kinderschutzgruppe war bei 41/45 (91 %) bearbeiteten Fällen hilfreich für die	75 % der Kinder und Jugendlichen zusätzlich zur Meldung bei der JWF eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erfolgt ist. Der JWF zufolge profitieren besonders stark die Kinder und Jugendlichen von der Meldung der KSG, aber die Meldung hat auch für die Familien große positive Veränderungen zur Folge Eine KSG ist in der Lage Misshandlungsfälle neu und korrekt zu identifizieren. Die Ergebnisse geben sehr gute Rückmeldungen über die Vernetzungsarbeit nach außen: die Arbeit der KSG hat positive Konsequenzen auf die Lebenssituation der betroffenen Kinder, deren Familien sowie auf die Mitarbeiter der JWF. Ziel soll es deshalb sein, an jeder Kinderklinik eine Kinderschutzambulanz und ein überregionales Netzwerk zu etablieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Only descriptive statistics, no analysis. Child protection teams (CPTs) are able to detect cases of child maltreatment but the study does not show if the detection rate is greater in a CPTs in comparison to no CPTs. Positive outcomes following the identification of the maltreatment by the CPT were observed for the majority of the children (75%), however positive outcomes for only 42% of the families were observed, therefore children benefited more positively from the identification of the child maltreatment than the

					Mitarbeiter der JWF	families.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Die untersuchte Population ist aber repräsentativ, da sie genügend groß ist und sich die fehlenden Patienten gleichmäßig auf alle Gruppen der Kindesmisshandlung verteilen. **SCHWÄCHEN:** Only descriptive statistics, no analysis. Die Rücklaufquote (~50 %) ist gering.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Wallace, G et al. (2007). Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. USA	Case series	99 infants younger than 12 months of age who sustained at least one fracture and who were evaluated by the Cincinnati Children's Hospital Medical Center multidisciplinary child abuse team (MCAT) from January 2001 to July 2003. <u>Reported group:</u> Ø Age: 4.2 months Ø Number of fractures: 2.9 (SD 3.53) Non-reported group: Ø Age: 3 months Ø Number of fractures: 3.4 (SD 4.6) No statistical differences were found for the age at presentation or the number of fractures in	The medical records of all infants younger than 12 months of age who sustained at least one fracture and who were evaluated by the Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) multidisciplinary child abuse team (MCAT) from January 2001 to July 2003 were examined retrospectively. The MCAT is composed of hospital physicians including child abuse specialists, a psychiatrist, and a radiologist; hospital social workers; a hospital chaplain; on-site county child protective service social workers; on-site county and city law enforcement officers; a victim's advocate and county civil and criminal prosecutors. Referral to the MCAT by the treating physician	Effectiveness of screening out unnecessary child physical abuse reports by a hospital based multidisciplinary child protection team.	99 infants younger than 12 months of age who sustained at least one fracture received consultation from the hospital's multidisciplinary child abuse team. Ninety-two (93%) children were reported to child protective services by the MCAT for suspected child physical abuse, and 7 (7%) cases were determined not to be suggestive or concerning of abuse (non-reported group). Of the seven cases not reported to child protective services, four children had injuries that were compatible with the reported histories of trauma. These included three patients who suffered parietal skull fractures after reportedly falling from an estimated height of less than 4 feet, and one patient who suffered a humerus fracture from birth. Of the remaining three patients, one patient was confirmed by a geneticist to have	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* This study demonstrates that a multidisciplinary child abuse team may assist in identifying non-abusive reasons for fractures and therefore reduce reports of alleged child abuse in young children with fractures. Some of the characteristics that seemed critical to the team's successful functioning were effective sharing of information among different disciplines and agencies and the availability of physicians with child abuse expertise. Lengthy and costly investigations by county child protective services were likely avoided in these cases and out-of-home placement of the child during the investigation was prevented. A request for consultation by the hospital child abuse team is useful in preventing unnecessary reports of suspected child abuse.

		the reported and non-reported groups.	or other hospital employee is the preferred pathway within our hospital when abuse is suspected. If a referral to the MCAT is made, the patient and the family are evaluated by both a physician and a hospital social worker; the social worker performs a risk assessment. The MCAT reviews each case during a weekly team meeting. The multidisciplinary team consensus regarding the need to report alleged abuse was recorded along with the rationale why no report was made in those cases where abuse was not suspected. The medical records were also reviewed to identify any subsequent fractures or injuries that were concerning for child abuse.		osteogenesis imperfecta, one patient was diagnosed as having a medical predisposition to fracturing, and one patient had an iatrogenic fracture.	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: A descriptive study with a small sample size. Authors discuss limitations (analysis of one hospital with a specific cohort of infants with fractures). The multidisciplinary team works with local police officers and social workers, highlighting the strength and network of this particular MCAT. The study shows how the collaboration of a MCAT can be used to avoid any unnecessary involvement of child protective services, avoiding any potential excess trauma to the child and their family.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** Very specific cohort group - infants younger than 12 months **SCHWÄCHEN:** only descriptive statics

Partizipation

Referenz/ Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Cossar, J. et al. (2014). 'You've got to trust her and she's got to trust you': children's views on participation in the child protection system. **England** **Evidenzlevel** **3**	Qualitative study: activity-based interviews	43 Familien rekrutiert 23 Familien Insgesamt nahmen 26 Kinder aus 18 Familien teil. **Alter:** 6 bis 17 Jahren (im Durchschnitt 11.5 Jahre alt) **Herkunft:** 77% britischen Ursprungs **Wohnort:** 100% wohnten mit mindestens einem leiblichen Elternteil zuhause **Gesicherte KWG:** 100% (Kinderschutzplan (Child Protection Plan) lag bei allen Teilnehmenden vor (gesicherte Kindeswohlgefährdung)) **Mädchen:** 50% (Ø 12 Jahre und 4 Monate alt) **Jungen:** 50% (Ø 10 Jahre und 6 Monate alt)	Erwachsene WissenschaftlerInnen führten die Aktivität-bezogenen Interviews (activity-based interviews) durch. Hilfsmittel während der Interviews: eine „Schatzkiste“, die verschiedene Aktivitäten beinhaltet um das Interview zu unterstützen und die Teilnehmer auf bestimmte Themen aufmerksam zu machen (z.B.: Karten mit Bildern von bestimmten Berufsgruppen im Kinderschutz, die von Kinder ausgesucht werden können, um einen leichteren Einstieg in eine Erzählung zu ermöglichen).	Erfahrung der Kinder mit dem Kinderschutzprozess	3 Hauptthemen: Teilnahme der Kinder, Verständnis des Prozesses & Beteiligung der Kinder. Vertrauensvolle Bindung zu dem zuständigen Sozialarbeiter wichtig Das Alter und der Grad des Verständnisses des Kindes wichtig. Junges Alter und niedriger Grad des Verständnisses des Kindes kein Grund das Kind von einer Beteiligung auszuschließen. Ältere Kinder haben mehr Verständnis für das Kinderschutz- Verfahren als jüngere Kinder. Aus Kindersicht: Kinder möchten nicht ausschließlich als Informationsquelle dienen. Die Mehrheit der Kinder ist nicht zufrieden mit der Beteiligung in dem Kinderschutz-Verfahren (z.B. Folgen werden nicht erklärt, haben Angst während Besprechungen die Wahrheit zu sagen, Sozialarbeiter hören nicht zu).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Abgesehen davon, dass die Beteiligung des Kindes in der Politik und im Verfahren gefordert ist, ist die Qualität der Beziehung zwischen dem Kind und dem Sozialarbeiter der wichtige Schlüssel zum Grad der Beteiligung. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Wir schließen uns der Schlussfolgerung der Autoren an. Ein Kind/Jugendlichen im Kinderschutzverfahren (child protection process) zu beteiligen und dabei vor allem zuzuhören, und zu erklären ist ein wichtiges Ergebnis der Studie. **Stärken:** Methodologisch gut aufgebaute Studie **Schwächen:** Die transparente Beschreibung der Kodierung. Reporting bias sind möglicherweise vorhanden. Die Auswertung der Interviews wird nicht beschrieben, es werden keine negativen oder diskrepanten Ergebnisse beschrieben.
Referenz/ Land	**Studientyp**	**Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)**	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**

DePrince, A.P. et al. (2015) Testing two approaches to revictimization prevention among adolescent girls in the child welfare system. **USA** **EVIDENZLEVEL 1-**	Randomisierte Kontrollierte Studie (RCT)	180 Mädchen Studiendauer: 6 Monate Unterschiedliche Beteiligung der Teilnehmerinnen zu den vier verschiedenen Messzeitpunkten: Zeitpunkt 1: N = 180 Zeitpunkt 2: N = 129 Zeitpunkt 3: N = 129 Zeitpunkt 4: N = 146 Aufteilung der Teilnehmenden zum Zeitpunkt 1: Intervention 1: N = 67 Intervention 2: N = 67 Kontrollgruppe: N= 42 Teilnehmende: 100% Mädchen Im Alter von 12 bis 19 Jahren (im Durchschnitt 15.85 ± 1.58 Jahre) Die Teilnehmerinnen haben eine offene oder abgeschlossene Geschichte eines Kinderschutzfalls (Kindeswohlgefährdung) Ausschlusskriterien: Suizidgefährdung, psychiatrische Einweisung in den letzten 3-6 Monaten, Selbstgefährdung, Psychosen, ohne individuellen Therapeuten	Intervention 1: Theorie des sozialen Lernens und emanzipatorische Theorie Basiert auf Konzepten, die sich mit Sexismus und Denkweisen über Beziehungen beschäftigen. Entwickeln eines „gesunden" Verständnisses über die eigene Rolle in der Beziehung. - Erlernen von Fähigkeiten, um auf soziale Einflüsse und Druck, der zu Gewalt führt, zu reagieren. - Kompetenzentwicklung durch soziales Handeln Intervention 2: Erkennen von Risiken und Übernahme von Führungsaufgaben Fokus auf das Erlangen von spezifischen Führungsfähigkeiten, die sich auf das Wahrnehmen und die Reaktionen auf Risikosituationen beziehen; Auslöser für potentielle Gefahren erkennen Kontrollgruppe: keine Intervention	Körperliche oder sexuelle Reviktimisierung	Im Vergleich zu der Kontrollgruppe (keine Intervention), melden die Teilnehmerinnen aus der Intervention1- und Intervention2-Gruppe seltener eine Reviktimisierung, ohne signifikanten Unterschied der beiden Interventionen. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe: Intervention 1 Teilnehmerinnen melden 2,5-mal seltener eine sexuelle Reviktimisierung (nicht signifikant) Teilnehmerinnen melden 2,5-mal seltener eine körperliche Reviktimisierung (signifikant) Intervention 2 Teilnehmerinnen melden 4,9-mal seltener eine sexuelle Reviktimisierung (signifikant) Teilnehmerinnen melden 3,3-mal seltener eine körperliche Reviktimisierung (signifikant)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Beide Interventionen zeigen einen Rückgang von Reviktimierungsfällen im Vergleich zu keiner Intervention. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Die Ergebnisse beziehen sich nur auf Mädchen. Es liegen keine Ergebnisse für eine Reviktimisierung einer Vernachlässigung vor. **STÄRKEN:** Zwei Interventionsgruppen werden mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind deutlich beschrieben und gut gewählt. **SCHWÄCHEN:** Kein Intention-to-treat Analsyes - Kontrollgruppe ist ein Post-hoc gruppe von Partizipant, die keine oder nur in der ersten Sitzung teilgenommen haben. Follow-up ist 6 Monate, dies macht die Bewertung der Ergebnisse schwierig. Performance bias sind möglich: Informationen über die concealment Methode und die Blindierung fehlen.
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE (ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)**	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Goldbeck, L. et al. (2007) A	Randomisierte	N = 80 Teilnehmende Kein lost to follow-up	Intervention: Durch Expertinnen und Exper-	Entscheidungssi-	Im Vergleich zu der Kontrollgruppe,	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Durch die Studie wird

randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. **DEUTSCHLAND** **EVIDENZLEVEL 1-**	Kontrollierte Studie (RCT)	Sozialarbeitende, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen und Beraterinnen und Berater, die zuständig für Kinderschutzfälle sind, nehmen als „case worker“ an der Studie teil Die „case worker“ arbeiten in 12 verschiedenen Institutionen in Baden-Württemberg, die zustimmten jeden neuen Kinderschutzfall (KSF) zu melden 80 neue Kinderschutzfälle wurden während der Rekrutierungsphase von 13 Monaten in die Studie aufgenommen <u>Interventionsgruppe n = 42 KSF:</u> 45% weiblich, 55% männlich; im Durschnitt 9.3 ± 4.4 Jahre alt <u>Kontrollgruppe n = 38 KSF:</u> 53% weiblich, 47% männlich; im Durchschnitt 8.7 ± 5.0 Jahre alt	ten unterstütztes Fallmanagement Expertinnen und Experten = herausragende Erfahrung im praktischen Kinderschutz Die erste Fallkonferenz findet innerhalb von 4 Wochen nach der Meldung des KSF statt Falls notwendig, ermutigt die Expertin/der Experte den „case worker“ andere Professionelle in die Fallkonferenz einzubinden Protokolle am Ende der Fallkonferenz halten Ziele für weitere Schritte fest <u>Kontrollgruppe:</u> Vorgehen gemäß den Standards in der jeweiligen Institution	cherheit des “case workers”; Kommunikation innerhalb der Institution; Erreichen von Zielen; Beteiligung von Kindern und Familien	bekamen Kinder, die in der Interventionsgruppe durch einen “case worker” und Experten betreut wurden, weniger rechtliche Informationen (17% vs. 45%, p = .02) und wurden Informationen über mögliche Konsequenzen der weiteren Schritte öfters nicht mitgeteilt (31% vs. 11%, p = .04).	die Hypothese, dass „case workers“ die Unterstützung von Expertinnen und Experten als effektiv betrachten, nicht bestätigt. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Das Ergebnis zeigt, dass die Sicherheit der „case workers“ im Umgang mit dem Kinderschutzfall, zu einem Rückgang in der Beteiligung des Kindes führte. **STÄRKEN:** Das Umfeld aus dem die Teilnehmenden stammen bezieht sich auf ein Bundesland, allerdings umfasst es 12 verschiedene Institutionen. **SCHWÄCHEN:** Performance bias sind wahrscheinlich: Teilnehmende und Forscher werden nicht geblindet (Case workers arbeiteten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe und beeinflussten möglicherweise die Art und Weise, wie sie die Kontrollgruppe behandelten), Informationen über concealment Methoden oder die Abbruchquote fehlen.
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE (ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)**	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Pölkki, P. et al. (2012) Children's Participation in Child-protection	Qualitative Study: Semi-structured Interviews	<u>2 Stichproben</u>: 8 Kinder aus Pflegefamilien 4 Sozialarbeitende, die mit den 8 Kindern während	Halbstrukturierte Interviews mit Hilfe der ‘Life Path’ Methode, um die Lebensereignisse von Kindern chronologischen zu klären. Beginnend mit der Zeit bei	1. Qualität und Erfahrung der Partizipation des Kinders während des Kinderschutz-Verfahren/Prozess	Die Mehrheit der Kinder erfährt keine Partizipation vor der Zeit in der Pflegefamilie; Erwachsene hören erst nach Unterbringung in der Pflegefamilie zu Kinder suchen Information über den	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Beteiligung des Kindes wird unvollständig ausgeführt und findet vor allem in der ersten Phase der Kinderschutzarbeit nicht statt.

Processes as Experienced by Foster Children and Social Workers. **FINNLAND** **EVIDENZLEVEL 3**		des Kinderschutzprozesses gearbeitet haben Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren, alle vor ihrem 12 Lebensjahr in eine Pflegefamilie aufgenommen Wohnhaft in der Pflegefamilie für 1 bis 14 Jahr/en	den leiblichen Eltern wurde so das Kinderschutz- Verfahren besprochen. <u>Hauptthemen der Interviews mit den Kindern:</u> - Interesse an dem Wissen der Kinder - Die Begegnungen und Beziehungen mit Sozialarbeitenden aus der Sicht des Kindes - Informationen die Kindern bezüglich ihrer Sorgen und ihres Interesses gegeben werden - Erfahrung der Kinder mit der Beteiligung in Begutachtungen, während Sitzungen und während Nachprüfungen - Beziehung zwischen dem Kind und Erwachsenen	2. Was sind die begünstigenden Faktoren und die Barriere in Partizipation des Kindes in dem Kinderschutzprozess	Grund der Unterbringung in der Pflegefamilie und über ihre Zukunft Partizipation wird von den Kindern als sehr wichtig angesehen, obwohl sie nicht immer aktive Teilnehmende sein möchten	*Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmende die Partizipation fordern indem Kindern/Jugendlichen zugehört wird und man sie in den Prozess einbindet und diesen erklärt. **STÄRKEN:** Studien in Form von halbstrukturierten Interviews eignen sich für die Beantwortung der PICO-Frage. **SCHWÄCHEN:** Methodisch nicht einwandfrei unterbaut (z.B. geringe Anzahl der Teilnehmenden). Die Methodik wird nicht eindeutig beschrieben. Möglich sind Context bias (interviews at home and at the child welfare service), die Beobachtungen während der Interviews werden nicht beschrieben. Die Teilnehmenden wurden nur einmal interviewt. Selection bias sind auch möglich: der Rekrutierungsprozess ist undeutlich beschrieben. Triangulation wird nicht erwähnt, Daten wurden nur bei einem Interview erhoben.
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE (ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)**	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Rücker, S. et al. (2015) Participation of traumatized children and adolescents affected by provisional safeguards (removal and custody of	Non-analytic study: Cross-sectional Survey/ Fragebogen	Von 215.517 Facebook Nutzerinnen und Nutzern reagierten 1.104 auf die Kampagne und 139 Nutzerinnen und Nutzer haben den Fragebogen beantwortet; daraus 52 vollständig 43 Mädchen (82.7%) und 9 Jungen im Alter von 12	Selbstkonzipierter Fragebogen (soziodemografische Datenerfassung, Aufnahmegründe, Rückkehrwunsch, etc.) Deutsche Version des Childhood-Trauma-Questionnaire (Erfassung der Form der Kindeswohlgefährdung und des Schweregrads des Traumas)	Trauma-Belastung der Teilnehmenden mit oder ohne Rückkehrwunsch in das Elternhaus	52% der Teilnehmenden wurden während der Inobhutnahme nicht nach ihrer Meinung gefragt; 50 % der Teilnehmenden wollten nicht zurück nach Hause. Von denen erfolgte in 42.3% der Fälle eine Rückkehr ins Elternhaus. Teilnehmende ohne Rückkehrwunsch erlebten oft KWG mit einem höheren Grad der Traumatisierung im Ver-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Unter den Studienteilnehmenden fand zu wenig Beteiligung in wichtige Entscheidungen statt. Dieses Ergebnis fordert eine zukünftige stärkere Einbindung der Kinder und Jugendlichen in wichtige Entscheidungen. Selbst verzeichnete Einschränkungen der Autoren: selection Bias (überwiegend Mädchen, Voraussetzungen für

children ace. to Para. 42 SGB VIII). **DEUTSCHLAND** **EVIDENZLEVEL 3**		bis 20 Jahren (Ø 15.7 ± 1.64 Jahre) Einschlusskriterium: Erfahrungen mit einer Inobhutnahme (nicht länger als 30 Monate zurückliegend); Internetzugriff & Facebook Account Mittelwert der Zeit der Inobhutnahme: 26.5 Monate ± 4.6			gleich zu Teilnehmenden mit Rückkehrwunsch (mit Ausnahme von sexuellen Missbrauchserfahrungen). Kinder mit körperlichen Misshandlungs-, körperlichen Vernachlässigungs- oder emotionalen Vernachlässigungserfahrungen möchten, im Vergleich zu Kindern mit sexuellen Missbrauchserfahrungen oder emotionalen Misshandlungserfahrungen, nach der Zeit der Inobhutnahme seltener zurück nach Hause.	Teilnahme), nicht generalisierbar, Recall Bias, ethische Überwägungen. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Beispiele der Kampagne und Angaben, zu den Tagen an denen diese stattfand, fehlen. Es gibt viele methodische Einschränkungen (s.o.). **STÄRKEN:** Die Methode der Onlinerekrutierung ist für das Erreichen der Zielgruppe gut gewählt. **SCHWÄCHEN:** Selbst verzeichnete Einschränkungen der Autoren: selection Bias (überwiegend Mädchen, Voraussetzungen für Teilnahme), nicht generalisierbar, Recall Bias, ethische Überwägungen.
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Van Bijleveld, G.G. et al. (2015). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services. **NIEDERLANDE**	Narrative Review	Die Anzahl der Treffer wird nicht genannt 21 Artikel wurden in die Übersichtsarbeit eingeschlossen Die methodische Qualität der eingeschlossenen Artikel wird nicht erörtert Einschlusskriterien: Perspektive auf gesetzlichen Kinderschutz und Kinderfürsorge aus der Sicht von Kindern und Sozialarbeitenden	Veröffentlichte Literatur zu dem Thema „Beteiligung des Kindes in der Kinderfürsorge und im Kinderschutz“ wurde in den Datenbanken PubMed, PsycINFO, Elsevier Science und Web of Science gesucht	Die Sicht von Kindern und Sozialarbeitenden hinsichtlich der Beteiligung von Kindern in einem Kinderschutzfall Begünstigende und benachteiligende Faktoren für die Beteiligung des Kindes	Die Beteiligung des Kindes wird von Kindern, als auch von Sozialarbeitenden, als wichtig erachtet. Es findet zu wenig Beteiligung des Kindes statt. Evidenz dafür, dass die Beteiligung des Kindes von Bedeutung ist, ist gering. Die Qualität der Beziehung zwischen dem Kind und dem Sozialarbeitenden ist ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Beteiligung des Kindes.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Kinder sollten von Anfang an eine zentrale Rolle in der Entscheidungsfindung während eines Kinderschutzprozesses einnehmen. Beteiligung des Kindes ist nicht klar definiert. Aus der Sicht des Kindes gibt es eingeschränkte Möglichkeiten sich zu beteiligen. Kinder geben an, nicht gehört zu werden und dass sie das Gefühl haben, keinen Einfluss auf Entscheidungen zu haben. Die Beziehung zwischen der/dem Sozialarbeitenden und dem Kind ist sehr wichtig für die Partizipation. Zu wenig oder keine Partizipation kann zu einem schwachen Selbstbewusstsein, Frustration und Hoffnungslosigkeit führen.

		Kinder in den 21 ausgewählten Artikeln sind zwischen 4 und 20 Jahren alt				*Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Wir stimmen mit der Schlussfolgerung der Autoren überein.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** Datenbanken wurden für die Literaturrecherche genutzt und Einschlusskriterien gewählt. **SCHWÄCHEN:** Die Übersichtsarbeit ist stark eingeschränkt durch die vage Beschreibung der Methode. Eine strukturierte Literatursuche und –Analyse ist nicht erkennbar. Evidence selection bias sind sehr wahrscheinlich.
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Vis, S.A. & Fossum, S. (2013) Representation of children's views in court hearings about custody and parental visitations - A comparison between what children wanted and what the courts ruled.	Retrospektive Kohorten Studie	<u>Stichprobe:</u> Aus 2483 Kinderschutzfällen mit Fremdunterbringung in Norwegen im Jahr 2011, nahmen damit 12% aus der Altersgruppe 6 bis 14 Jahren teil. Insgesamt wurden Daten von 151 Kindern untersucht. 41,4% der Teilnehmenden sind männlich Das Durchschnittsalter liegt bei 10 Jahren (sd = 2,7) Nationalität: Norwegisch zu 80,3%	Datenerhebung mithilfe des Archivs der regionalen Sozialämter Erfassung von Wünschen der Teilnehmenden in Bezug auf die Unterbringung bei Eltern oder anderen Fürsorgeberechtigten und den Besuch der Eltern Erfassung von Informationen über die Forderungen von Kinderschutzbeauftragten und Eltern zu den Umgangsgestaltungen für das Kind Erfassung von Informationen zu dem Kinderschutzfall: Charakter des Gerichtsverfahrens, wer war Antragsteller	Anzahl der Beschlüsse die übereinstimmen mit den Wünschen der Kinder Faktoren, die diese Beschlüsse beeinflussen	Die Sicht des Kindes wird berücksichtigt, jedoch in geringerem Maße in der Regelung der Umgangsgestaltung. Die Entscheidungen wurden in 44 Fällen in Übereinstimmung mit den Wünschen der Kinder getroffen. Je älter das Kind ist, umso wahrscheinlicher wird die Bewilligung für die Mutter im Vergleich zum Vater Je mehr Besuche das Kind fordert, umso wahrscheinlicher wird die Bewilligung für die Mutter im Vergleich zum Vater (OR=3.30, $\chi 2=6.62$, p = 0.05) Dem Wunsch der Mutter nach einem Umgangsrecht wurde beinahe 5-mal öfters entsprochen, wenn dieser	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Kinderfürsorge-Vorschriften fordern die Einbeziehung der Kinder und das Abwägen dieser mit den Interesse des Kindes. Allerdings gibt es große Unterschiede wo/wann die Wünsche einen Einfluss auf Kinderschutzfälle haben. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Durch die Beteiligung und Einbeziehung des Kindes/Jugendlichen werden Richtlinien für die weiteren Schritte deutlicher (z.B. Besuchsregelung durch die Eltern), die Ansichten des Kindes sollten stärker Beachtung finden. **STÄRKEN:** Es handelt sich um eine retrospektive Studie, daher möglich, dass die

NORWEGEN **EVIDENZLEVEL 2-**			des Kinderschutzfalles?, gab es während des Verfahrens weitere Verhandlungen?, wurde ein Vertreter für das Kind beauftragt (Kinderschutzbeauftrager)?, wurde ein Bericht verfasst?		Wunsch auch vom Kind geäußert wurde	Datengrundlage nicht optimal ist. Ansonsten einwandfreie Methodik. **SCHWÄCHEN:** Nachteile durch retrospektives Design: keine eigene Datenerfassung, daher unklar, ob bzw. wie Kinder beeinflusst wurden bei ihren Entscheidungen und wie korrekt dokumentiert wurde. Misshandlungsformen waren keine Faktoren in der Analyse und wurden als eine Drittvariable genutzt. Wwichtige potenzielle Störfaktoren wurden nicht ausgemacht und in die Analyse aufgenommen
REFERENZ/ LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Vis, S.A. et al. (2011). Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. **NORWEGEN/ ENGLAND**	Sytematic review	1830 Treffer bei der Literatursuche 302 Duplikate wurden entfernt Insgesamt 21 Artikel nach dem Screening für die Analyse verwendet. Lediglich 3 RCTs. 2 von denen bezogen sich auf Patientin mit Asthma bronchiale. Die Altersspanne der teilnehmenden Kinder liegt zwischen 5 Monaten und 20 Jahren <u>Einschlusskriterien:</u> (1) empirische Studien; (2) Teilnehmende sind Kinder zwischen 0 und 18 Jahren; (3) Gesundheit oder Wohlergehen wird referiert;	Veröffentlichte Literatur zu dem Thema wurde in den Datenbanken PubMed, PsycINFO, Academic Search Elite, CINAHL, Web of Science und ERIC gesucht; publiziert in den Jahren 1999 und 2009	Der Einfluss der Beteiligung des Kindes mit Kindeswohlgefährdung im Kinderschutz- Verfahren auf seine Gesundheit	Keine Evidenz für negative Effekte auf die Gesundheit durch die Beteiligung der Kinder. Die Beteiligung des Kindes im Kinderschutz- Verfahren kann therapeutische Effekte haben (Selbstwertgefühl, Sinn für Kontrolle, Verbesserung der Beziehung zwischen dem Kind und der/dem Sozialarbeitenden und den Eltern). Die Beteiligung des Kindes kann die Effektivität einer Intervention steigern und erlaubt eine individuelle Betreuung. Die Beteiligung des Kindes in der Diagnostik kann zur früheren Erkennung einer Kindeswohlgefährdung führen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Beteiligung des Kindes im Kinderschutzfall kann positive Effekte für die Sicherheit und das Wohlergehen des Kindes mit sich bringen. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Gesundheitliche Konsequenzen der Partizipation von Kindern/Jugendlichen werden beschrieben. Nach Studienlage, sind diese nicht negativ. **STÄRKEN:** Datenbanken wurden für die Literaturrecherche genutzt und Einschlusskriterien gewählt. **SCHWÄCHEN:** Der Ausschluss von Systematic Reviews nicht nachvollziehbar. High risk of reporting bias & evidence selection bias: Qualität der inkludierten Studien wird nicht beschrieben; Interessenkonflikt wird nicht beschrieben;

EVIDENZLEVEL 1-		(4) Beteiligung des Kindes (5) Zusammenhang zwischen Gesundheit und Beteiligung des Kindes wird thematisiert <u>Ausschlusskriterien</u>: systematic reviews				exkludierte Studien werden nicht aufgelistet; Publication bias wurde nicht untersucht.

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Woolfson, R.C. et al. (2010). Young People's Views of the Child Protection System in Scotland. **ENGLAND** **EVIDENZLEVEL 3**	Qualitative Study: Semi-structured Interviews	11 Kinder oder Jugendliche Keine Dropouts Die 11 Teilnehmenden haben Erfahrung mit dem Kinderschutzverfahren (während der letzte 18 Monate) in Schottland 6 Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren 5 Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren	**Halbstrukturierte Interviews:** Durchgeführt von erfahrenen Psychologen/innen und im Beisein eines/r Assistenten/in Dauer des Interviews: ca. 30 Minuten Beispielfrage: „How helpful did you find the CPS process?"	Erfahrung mit dem Kinderschutz-Verfahren und mögliche Verbesserungen im Kinderschutz- Verfahren	Kinder haben kein Wissen und Verständnis bzgl. des Kinderschutzverfahrens, wodurch bei ihnen Angst kreiert werden kann. Nur einige Kinder verstehen das Kinderschutzverfahren und mögliche Konsequenzen. Viele Kinder sind unzufrieden mit dem Verfahren (bekommen keine Informationen). Kinder möchten die Möglichkeit haben, an Besprechungen teilzunehmen oder durch Jemanden repräsentiert zu werden Kinder fühlen sich oft als passive Zuschauer Die Hälfte der Kinder hat das Gefühl, Professionelle hören ihnen nicht zu	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Studienergebnisse heben hervor, dass es Defizite im Kinderschutzverfahren hinsichtlich der Beteiligung von Kindern/Jugendlichen gibt, die korrigiert werden sollen, um die Beteiligung effektiver zu gestalten. *Schlussfolgerung der Gutachterinnen*: Trotz kleiner Stichprobe, sind die Ergebnisse eindeutig: Kinder möchten beteiligt sein und möchten informiert und aufgeklärt werden. **STÄRKEN:** Die Ergebnisse werden mit Hilfe von Zitaten beschrieben. **SCHWÄCHEN:** Die Methodik wird nicht transparent genug beschrieben. Die Beschreibung der Analyse fehlt. Die Stichprobe von 11 Teilnehmenden ist sehr klein und besteht aus älteren Teilnehmenden (keine Teilnehmenden jünger als 12 Jahre).

Screeningverfahren

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Bailhache, M et al. (2013). Is early detection of abused children possible?: A systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. Frankreich	Systematic Review bestehend aus 13 Fallkontroll-Studien/ Kohorten-studien/ Querschnitts-studien	von 2280 Artikel wurden 92 Artikel ausgewählt und bewertet: 79 Studien wurden ausgeschlossen 13 Studien wurden eingeschlossen. Folgende Unterformen der Kindeswohlgefährdung wurden behandelt: 4 Studien zu beabsichtigt zugefügten Kopfverletzungen mit jeweils (n=84 <2y / n=207 <2y / n=163 <3y / n=257 <3y) 3 Studien zu körperlicher Misshandlung mit jeweils (n=95 0-4y / n=150 <18y / n=58.558 <14y) 5 Studien zu sexuellem Missbrauch mit jeweils (n=77 <18y / n=386 <18y / n=209 2-12y / n=74 <18y / n=98 13-15y)	<u>Systematische Suche:</u> Die Suche erfolgte in englischer oder französischer Sprache in PUBMED, PsycINFO, SCOPUS, FRANCIS und PASCAL von 1961 bis April 2012. Suchstrategie: Eine explizite Suchstrategie ist gelistet. Die Suchwörter sind: Child abuse, Child neglect, Systematic review, Diagnostic accuracy. Studienbewertung: nach QUADAS. Die Einschätzungen und Bewertung zur Kindeswohlgefährdung waren sehr verschieden: -Einschätzung über eine Kinderschutzgruppe (wenigstens forensischer NeurochirurgIn, Kinderärztin/ Kinderarzt, Kinderpsychologin/ Kinderpsychologe, Sozialarbeitende/r, Augenärztin/Augenarzt) -Selbstauskunft der Kinder. Konfirmation der Diagnose z.B. durch den International Classification of Diseases (ICD), 9th Revision and E-codes (External cause), National Violent Death	Das Review sucht nach präzise diagnostischen Instrumenten zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch.	Es besteht kein Gold-Standard zur Detektion einer Kindeswohlgefährdung. In 11 Studien wurden Verfahren zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung gefunden. Hier mussten allerdings klinische Symptome vorliegen. Die Sensitivität variierte zwischen 0.26 (95% Konfidenzintervall [0.17-0.36]) und 0.97 [0.84-1], und einer Spezifität zwischen 0.51 [0.39-0.63] und 1 [0.95-1]. Wenn die Sensitivität hoch war, war die Spezifität niedrig. Für 3 Interventionen lag die Sensitivität höher als 90%: 1.Das Fehlen einer Kopfhautschwellung bei Opfern von beabsichtigt zugefügten Kopfverletzungen 2.Ein Unterscheidungshilfsmittel zur Identifizierung von bereits misshandelten Kindern im Vergleich zu anderen Kindern in einer pädiatrischen Intensivstation 3.Ein Elterninterview von 12 Fragen zur Identifizierung von sexuell missbrauchten Kindern.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Bis zu dem Jahr 2012 besteht eine schlechte Evidenz zu präzisen Verfahren zur Erkennung von Kindewohlgefährdung. Die vorliegenden Hilfsmittel erscheinen aufgrund fehlender Sensitivität und Spezifität nicht geeignet, um als Screening-Instrument eingesetzt zu werden. Die wenigen hoch sensitiven Instrumente zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung sind lediglich Instrumente, wenn bereits klinische Symptome bei dem Kind vorliegen und dienen deshalb nicht dem Schutz des Kindes, da der Schaden für das Kind schon eingetreten ist Die Qualität der Studien wird als schlecht beurteilt. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Insgesamt fällt es schwer das Systematic Review zu beurteilen, da alle Formen der Kindeswohlgefährdung zusammengeführt werden. Die Instrumente zur Erkennung der Kindeswohlgefährdung und auch die Konfirmation der Diagnose KWG sind im Einzelnen schwer auszumachen. Die Assessments aller Studien sind unterschiedlich und eine Kohortierung nach Misshandlungsform ist nicht möglich.

		1 Studie zu allen Formen mit (n=190 12-17y) Einschlusskriterien: 1) Studien, die eine objektive Bewertung, wenigstens eines genauen Parameters (Sensitivität, Spezifität, Vorhersagewert, Wahrscheinlichkeitsquotient) für die Intervention, um Kindeswohlgefährdung zu erkennen (Kinder von 0-18 Jahre) angeben 2) Studien, die einen Referenzstandard beinhalten, um zu erkennen, ob ein Kind zum Zeitpunkt der Untersuchung gefährdet ist 3) Studien, die die Bewertung der Kindeswohlgefährdung beschreiben 4) vergleichende Studien, die sich mit den Ergebnissen von Hilfsmitteln zur Identifizierung von Kindeswohlgefährdung beschäftigen (Fallkontroll-Studie, Kohortenstudie, Querschnittstudie) Ausschlusskriterien:	Reporting System of the United States of America from 2003 to 2006.			Thematisch bleibt das Review passend zur Studienlage bis 2012. Nach dieser Zeit sind die Studien aus den Niederlanden als aktuell zu werten und haben Aussagekraft zu Sensitivität und Spezifität. Es gibt gut wieder, dass eine Unterscheidung verschiedener Settings sinnvoll erscheint.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENES OUTCOME **SCHWÄCHEN:** methodische Schwächen, Auswahl nicht durch zwei Personene erfolgt; Großteil retrospektive Studien

		1) Studien, bei denen die Einschätzung ausschließlich durch die Bezugsperson erfolgt 2) Studien zur Einschätzung von Tätern 3) postmortem Studien 4) Studien zu Häuslicher Gewalt als Extraform der Kindeswohlgefährdung				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Chester, DL et al. (2006). Non-accidental burns in children--are we neglecting neglect? UK	Retrospektive Beobachtungsstudie	440 Kinder mit thermischen Verletzungen, die stationär innerhalb von 3 Jahren in einem Verbrennungs-zentrum der West Midlands behandelt wurden (Januar 2000 bis Dezember 2002). Davon wurden 178 (40,5%) Kinder mit der Frage nach einer möglichen Kindesmisshandlung/-vernachlässigung untersucht. PatientInnen (0-16 Jahre) mit thermischen Verletzungen, die stationär behandelt wurden.	Die Einschätzung der 178 Fälle auf eine Kindesmisshandlung/-vernachlässigung erfolgte zum einen durch die Einschätzung eines multiprofessionellen Team im Krankenhaus und der Einschätzung des Jugendamtes, die einen Hausbesuch durchführte. Danach erfolgte die gemeinsame Einschätzung des Einzelfalles und es wurde festgelegt, ob es sich um eine Kindeswohlgefährdung handelt, ob das Kind nach Hause entlassen werden konnte (mit oder ohne Hilfen) oder ob es fremd untergebracht werden musste.	Beschreibung von Merkmalen die für eine nicht akzidentelle beziehungsweise durch Vernachlässigung ausgelöste thermische Verletzung sprechen. Es werden die Kinder mit akzidenteller und die mit nicht akzidenteller thermischer Verletzung (Kindesmisshandlung /-vernachlässigung) verglichen.	Die Inzidenz für thermische Verletzung durch Kindesmisshandlung wird mit 0,9% und aufgrund von Kindesvernachlässigung wird mit 9,3% beschrieben. Von 440 Kindern wurden 178 Kinder mit der Frage einer möglichen Kindesmisshandlung/-vernachlässigung untersucht. Von den 178 Kindern wurden 45 Fälle als Misshandlung/Vernachlässigung und 133 Fälle als Unfall eingeschätzt. Bei 41 Kindern wurde eingeschätzt, dass die Verletzung aufgrund einer Vernachlässigung entstand (9.3% aller Fälle). In diesen Fällen wurden 48.8% der PatientInnen fremd untergebracht, die anderen PatientInnen wurden nach Hause mit Hilfsmaßnahmen vom Jugendamt entlassen und begleitet. Bei 4 Kindern wurden die Verletzun-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Bei einer thermischen Verletzung im Kindesalter (0-16 Jahre) wird eine multiprofessionelle Beurteilung inklusive einem Haubesuch durch das Jugendamt empfohlen, um eine Kindeswohlgefährdung einschätzen zu können. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Studie ist nachvollziehbar gestaltet. Die Patientendaten sind gut aufgearbeitet und vergleichbar. Vernachlässigung im Sinne einer unterlassenen Sorge ist der Hauptgrund für nicht akzidentelle thermische Verletzungen im Kindesalter.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** GUT DEFINIERTES OUTCOME **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENBAR

					gen als beabsichtigte Tat eingeschätzt (0.9% aller Fälle) und die Kinder wurden fremd untergebracht. 2 Fälle davon wurden strafrechtlich verfolgt. Es bestand bei 395 Kindern (89.8%) kein Anhalt für eine Kindesmisshandlung/–vernachlässigung. <u>Signifikant unterschiedliche Merkmale:</u> alleinerziehendes Elternteil; bestehender Eintrag im Kinderschutz-Register; Elterlicher Drogenmissbrauch; verspätete Vorstellung (> 24 Stunden); fehlende Erste-Hilfe-Maßnahme; hoher Grad der thermischen Verletzung; Notwendigkeit einer Hauttransplantation Es bestanden keine signifikanten Unterschiede bei Alter und Geschlecht.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Diderich, HE et al. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical	Retrospektive Kohortenstudie	Erwachsene, die sich in einer von 9 Notaufnahmen in 3 Regionen der Niederlande vorstellten (Januar 2006 bis November 2007).	Die Intervention ist die Einführung eines Screening-Verfahrens („Hague protocol“) in der Notaufnahme mit einem quasi experimentellen pre- und post-Test der Interventionsgruppe und im Vergleich mit	Ermittlung der Detektionsrate von Kindeswohlgefährdung in der Notaufnahme anhand elterlicher Faktoren.	<u>Weiterleitungen an das RCCAN</u>: Für alle Regionen von 2006-2011: 581 Weiterleitungen an das RCCAN (davon 565 von der Interventionsgruppe und 16 von der Kontrollgruppe)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Detektion von Kindesmisshandlung und –vernachlässigung kann über die Kenntnis der elterlichen Faktoren erhöht werden. In dieser Studie können die Mitarbeitenden der Notaufnahme

problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. Niederlande		<u>Interventionsgruppe:</u> (Den Haag): 7.12.2007 -31.12. 2011: Durchführung „Hague protocol“ bei 885.301 Notaufnahme-Vorstellungen <u>Kontrollgruppe:</u> (Flevoland und Zuid-Limburg) 1.1.2006 - 31.12.2011:Keine Durchführung des „Hague protocol“ bei 535.244 Notaufnahme-Vorstellungen (Summe der Jahre 2006-2011) (Den Haag): 2006 - 6. 12. 2007: keine Durchführung des „Hague protocol“ bei 385.626 Notaufnahme- Vorstellungen <u>Einschlusskriterien:</u> Erwachsene, die sich in der Notaufnahme vorstellen und die Verantwortung für ein minderjähriges Kind tragen oder schwanger sind.	einer nicht randomisierten Kontrollgruppe. <u>Verfahren „Hague protocol“:</u> Bei Vorstellung eines Patienten in der Notaufnahme aufgrund einer oder mehrerer u.g. Gründe wird dieser befragt. Vorstellungsgründe: 1. Innerpartnerschaftliche Gewalt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus (mit Kriterien für “harte und weiche Drogen“) Der/Die PatientIn wird von einem geschulten Professionellen (Pflegekraft/MedizinerIn) in der Notaufnahme gefragt, ob er/sie verantwortlich für ein minderjähriges Kind ist oder schwanger ist. Bei fehlender Ansprechbarkeit des Patienten wird diese Information z.B. bei der Polizei eingeholt. Diese Information wird dann an die RCCAN* zur Überprüfung weitergeleitet. Die RCCAN nimmt in der folgenden Woche Kontakt mit der Familie auf und überprüft eine mögliche Kindeswohlgefährdung anhand der CARE NL*. Ein Sozialarbeiter und ein Arzt holen Informationen (Befragung		<u>Interventionsgruppe:</u> vor Einführung des „Hague protocol“: von 385.626 Notaufnahme-Vorstellungen erfolgten 4 Weiterleitungen an das RCCAN (1 pro 100,000) nach Einführung des „Hague protocol“: von 885,301 Notaufnahme-Vorstellungen erfolgten 565 Weiterleitungen an das RCCAN (64 pro 100,000) <u>Kontrollgruppe:</u> von allen Notaufnahme-Besuchen erfolgten 12 Weiterleitungen an das RCCAN Die Anzahl der Weiterleitungen pro 100.000 Notaufnahme-Vorstellungen nahezu unverändert. Es zeigt sich ein moderater Anstieg von 1,5 auf etwas über 3 pro 100,000 Notaufnahme-Vorstellungen. 1. Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung: 91% 2. Keine sichere Bestätigung einer KWG: 7% 3. Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung: 2% Dem RCCAN* waren 73% der Kinder unbekannt und 27% waren im RCCAN*-System registriert. Der Grund der Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung durch das RCCAN*	Hochrisiko-Eltern relativ leicht detektieren. Aufgrund des Vorstellungsgrundes kann nach der Verantwortlichkeit für einen MinderjährigeN gefragt werden. Als zusätzliche Aufgabe für das Personal besteht die Aufklärung über das weitere Vorgehen bei der RCCAN und die Formular-Weiterleitung an das RCCAN. Eine standardisierte Rückmeldung des RCCAN an die Mitarbeitenden der Notaufnahme über die Beurteilung ihrer Weiterleitung und die sich daraus ergebenen Maßnahmen für die Familie, motiviert die Professionellen zu weiteren Weiterleitungen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie ist schlüssig und umfasst mit 6 Jahren einen langen Zeitraum. Das Screening-Verfahren ist gut beschrieben. Die angegebene totale Anzahl der Patientenvorstellungen läßt nicht erkennen, um wie viele Wiedervorstellungen je PatientInnen-Kontakte es sich handelt.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUT DEFINIERTES OUTCOME UND DEFINIERTE INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

		Vorstellungsgrund: 1. Partnerschaftliche Gewalt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus Ausschlusskriterien: Erwachsene, die für kein minderjähriges Kind verantwortlich sind oder ohne obige Gründe vorstellig wurden	von Kinderarzt, Schule, die „Well Baby Clinics“ und „School Health Care system“) zur häuslichen Situation ein und schätzen eine Kindeswohlgefährdung ein. Es werden alle Kinder ab 6 Jahre von einem Verhaltensspezialisten untersucht. Es wird nach 3 Kategorien unterschieden: 1. Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung: Entsprechend wird mit der Familie ein Hilfeplan auf freiwilliger Basis erarbeitet; bei fehlender Akzeptanz der Hilfen erfolgt eine offizielle Meldung einer Kindeswohlgefährdung. 2. Keine sichere Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung Es werden keine Hilfen installiert. Die Daten des Kindes werden im RCCAN-System belassen. 3. Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung Die Daten werden aus dem Datensystem der RCCAN entfernt und der Ausschluss wird in der Patientenakte des betreffenden Elternteils im Krankenhaus vermerkt. Die Eltern erhalten ein Entschuldigungsschreiben des Krankenhaus-Vorstandes.		bezog sich in 40% der Fälle auf die Zeugenschaft häuslicher Gewalt, danach folgte mit 27% erzieherische und emotionale Vernachlässigung. Eine körperliche Misshandlung fand sich in 0.4% der Fälle und eine körperliche Vernachlässigung in 0,5% der Fälle. Das Screening-Verfahren für Erwachsene in der Notaufnahme hat mit 91% einen hohen positiv prädiktiven Wert und hilft Kindeswohlgefährdung zu detektieren. Die Weiterleitungen an das RCCAN ist in beiden Regionen ohne ein Screening-Verfahren („Haguer protocol“) gleich niedrig. Der Wert steigt signifikant nach Einführung des Screening-Verfahrens.	

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Diderich, HM et al. (2014). Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. Niederlande	Mixdesign von retrospektiver Kohortenstudie und qualitative Untersuchung	Retrospektive Kohortenstudie: **Den Haag:** 754.733 EinwohnerInnen Daten der 5 Notaufnahmen von 2006-2011 (ab 2007 Haguer protocol) **Friesland:** 591.901 EinwohnerInnen Daten der 5 Notaufnahmen von 2009-2012 (ab 06/2010 Haguer protocol) Qualitative Untersuchung (Interview): Ärzte (n = 23) Pflegekräfte (n = 50) Auszubildende Pflege (n = 3) Arbeitszeit: 1 Monat bis 30 Jahre 2 RCCAN* Retrospektive Kohortenstudie: Erwachsene, die eine Verantwortung für ein	Retrospektive Kohortenstudie: Vergleich Den Haag und Friesland anhand der Datensammlung der Notaufnahmen und des RCCANs vor und nach Einführung des Haguer protocol Screening-Verfahren (Haguer protocol): Das Haguer Protokoll nutzt elterliche Faktoren, um eine Kindeswohlgefährdung zu detektieren. Die Familien werden an das RCCAN* vermittelt. Qualitative Untersuchung: Interviews (26 Fragen) mit den Mitarbeitenden der Notaufnahmen zu dem Screening-Verfahren und Nachfragen in 2 Zentren des RCCAN* Training der Mitarbeitenden vor Implementierung des Haguer protocol: Einzeltraining aller Pflegekräfte und Ärzte der Notaufnahme durch einen RCCAN*-Mediziner und einen Professionellen des CPS (Child Protective Service) innerhalb einer morgendlichen Schulung über Erkennen und Arbeiten mit Kindeswohlgefähr-	Wirkung der Implementierung des „Haguer protocol“ (Diderich et al.2013) in einer anderen Region.	Retrospektive Kohortenstudie: Den Haag: Anstieg der Weiterleitungen nach Implementierung: von 1 auf 64 pro100,000 Notaufnahme-PatientInnen; Hauptvorstellungsgrund: Häusliche Gewalt (48%); Kinder unbekannt beim RCCAN: 60%; PPV: 0.91 Friesland: Anstieg der Weiterleitungen nach Implementierung: von 3 (2 von 92,464 PatientInnen) auf 62 pro 100,000 (108 von 167,037PatientInnen); Hauptvorstellungsgrund: Suizidversuch (44%); Kinder unbekannt beim RCCAN: 73%; PPV: 0.62 Die Implementierung des „Haguer protocol“ führte zu einer wesentlichen Erhöhung der Anzahl der Weiterleitungen an das RCCAN in beiden Regionen (von 1-3 auf 62-64 pro 100.000 Notaufnahme-PatientInnen). Für die Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung lag der positive Vorhersagewert bei 0,62 und 0,91. Qualitative Untersuchung:	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es konnte gezeigt werden, dass das Haguer protocol als Screening-Verfahren für Kindeswohlgefährdung anhand elterlicher Faktoren auch in einem anderen Setting umsetzbar ist. Umsetzungsbarrieren müssen dabei berücksichtigt werden. Es ist so möglich Kindeswohlgefährdung zu detektieren und den Familien so Hilfen zu vermitteln. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie ist an die Studie von Diderich et al.von 2013 angelehnt und vergleicht die Implementierung des Protokolls in einer anderen Region und zeigt mit einem positiv prädiktiven Wert in dieser Region einen vergleichbar hohen Wert von 0,62.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** gut beschriebene Intervention und Auswertung der Ergebnisse **Schwächen:** nicht erkennbar

		minderjähriges Kind haben /schwanger sind und aufgrund folgender Gründe in der Notaufnahme vorstellig wurden: 1.Häusliche Gewalt 2.Substanzabusus 3.Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung <u>Qualitative Untersuchung:</u> Mitarbeitende der Notaufnahmen und des RCCAN*	dung, Leitlinien und Elterngespräche.		Die Interviewgruppen der Notaufnahmen sahen eine adäquates Training und einen Coach am Arbeitsplatz zur Implementierung als essentiell. Der ideale Coach wird als Pflegekraft oder Arzt mit Erfahrung im Themenbereich und exzellenten Kommunikationsfähigkeiten gesehen. Das Haguer protocol wurde als hilfreich und effizient zur Detektion Kindeswohlgefährdung vom RCCAN* wahrgenommen	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Diderich, HM et al. (2015). Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (the Hague Protocol). Niederlande	Retrospektive Kohortenstudie	PatientInnen der Notaufnahme des Medisch Centrum Haaglanden vom 01.07.2010 – 31.12.2011 <u>Einschlusskriterien:</u> PatientInnen, die aufgrund ihrer Notaufnahm-Vorstellung („Haguer protocol“) an das RCCAN* weitergeleitet wurden in der Zeit vom 01.07.2010 -	Nachuntersuchung der Studie von Diderich et al.2013 in einem 18-monatigen Zeitraum. Die Meldungen an das RCCAN* in einem Zeitraum von 6 Monaten werden genutzt. Dann werden die bestätigten Fälle von Kindeswohlgefährdung ausgewählt. Es wird überprüft, welche Fälle über das Gesundheitssystem (Haguer protocol) und welche Fälle über andere Zuweiser gemeldet wurden. Bei	Ermittlung der Spezifität des „Haguer protocol“ (Diderich et al.2013).	Es wurden 112 Fälle in dem 18-monatigen Zeitraum von der Notaufnahme an das RCCAN* gemeldet. Es wurden 108 Fälle von dem RCCAN* untersucht, die nicht von der Notaufnahme gemeldet wurden in dem Zeitraum von 6 Monaten und deren Eltern im 12-monatigen Zeitraum zuvor in der Notaufnahme behandelt wurden. Von diesen bestätigten sich 8 Fälle, in denen die Eltern die Kriterien des Haguer protocols erfüllten.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Hindernisse zur Identifizierung fehlender Fälle sind relative leicht zu überwinden. Ein reguläres Training der Notaufnahme-Pflegekräfte und ein automatischer Alarm in der elektronischen Patientenakte könnte helfen, um fehlenden Fällen vorzubeugen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie ist gut gemacht und zeigt einen geringen Anteil von nicht gemeldeten Kindern.

EVIDENZLEVEL 2+		31.12.2011.	der zuletzt genannten Kohorte wurde überprüft, ob sich deren Sorgeberechtigten in den vergangenen 12 Monaten in der Notaufnahme vorgestellt hatten.		Gründe für fehlende Weiterleitung an RCCAN* für diese 8 Fälle waren: 4 Fälle: keine Angabe, dass die PatientInnen für ein minderjähriges Kind verantwortlich sind 1 Fall: minderjähriges Kind war während des Suizidversuches beim Ex-Partner untergebracht 1 Fall: es wurde ein Familienangehöriger als verantwortlich benannt und die Polizei war involviert 2 Fälle: fehlende Dokumentation, weshalb das RCCAN* nicht benachrichtigt wurde Elterliche Faktoren bei den fehlenden Weiterleitung an RCCAN*: Häusliche Gewalt: 3 Suizidversuch: 2 Substanzabusus: 2 Kombination: 1 Die Gründe für eine fehlende Weiterleitung an das RCCAN* waren das fehlende Fragen nach Kindern und die Einschätzung, dass die eine Weiterleitung nicht notwendig war, wenn die Eltern über ausreichende Hilfen berichteten.	**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTERVENTION UND AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

REFERENZ/LAND	STUDIENTYP	TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)*	INTERVENTION/KONTROLLE	OUTCOME	HAUPTERGEBNISSE	ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG
Hoytema van Konijnenburg, EMM et al.	Systematic Review Niederlande	Von 4499 Titeln wurden 3 Studien ausgewählt.	<u>Systematische Suche:</u> Die Suche erfolgt in verschiedenen Datenbanken: MEDLINE	Das Review beschäftigt sich mit der Frage, inwie-	Die Prävalenz der Auffälligkeiten bei einer körperlichen Untersuchung ohne Bestätigung einer Kindeswohl-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Die Prävalenz bestätigter körperlicher

(2013). Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. Ägypten Italien USA	bestehend aus 3 Beobachtungs-studien	1.Affi et al.(Ägypten): Querschnittsstudie mit 555 PatientInnen (12–18 Jahre; mittleres Alter 15.6 ±1.5 Jahre) Hauptziel: Prävalenz von Kindeswohlgefährdung und Risikofaktoren von Schulkindern in Ägypten 2. Palazzi et al.(Italien): Querschnittsstudie mit 10,175 PatientInnen (0-14 Jahre; mittleres Alter 4.8 ±3.9 Jahre) Hauptziel: Prävalenz von Kindeswohlgefährdung und Risikofaktoren bei Kindern in Italien 3. Rosenberg et al.1982 (USA): prospektive Studie mit einem follow-up von 1 Jahr mit 476 PatientInnen (0–2 Jahre) Hauptziel: Untersuchung des Screening-Verfahrens für Kindeswohlgefährdung in Notaufnahmen Einschlusskriterien: - empirische Studie für Kinder von 0-18 Jahren,	(PubMed und Ovid, von 1947 – 8.August 2013), EMBASE (von 1980 – 8.August 2013), PsychINFO (von 1806 – 8.August 2013), CINAHL (von 1982 – 8.August 2013) und ERIC (von 1965 – 8.August 2013). Suchstrategie: Kombination mit 'AND', von 'physical examination', 'child', and 'abuse'. Synonyme der 3 Komponenten wurden mit 'OR' kombiniert. Zusätzlich wurden Experten nach passenden Artikeln befragt. 1.Affi et al.(Ägypten): Intervention: vollständige körperliche Untersuchung durch den Arzt mit der Suche nach Zeichen einer Misshandlung Referenz: Die Angaben des Schulkindes werden mit den Befunden der körperlichen Untersuchung verglichen. 2. Palazzi et al.(Italien): Intervention: vollständige körperliche Untersuchung soweit möglich und besonders bei jungen Kindern Referenz: 6- Punkte-Verdachts-Index für Kindeswohlgefährdung (entworfen von einem	weit Screening-Instrumente (insbesondere die körperliche Untersuchung) als diagnostisches Mittel zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung genutzt werden können.	gefährdung lag zwischen 7.8% bis 14.6%. Die Prävalenz der bestätigten Zeichen einer körperlichen Misshandlung lag bei 0.8% bis 13.5%. Es konnte in keiner der drei Studien Angaben zur Sensitivität und Spezifität einer körperlichen Untersuchung als diagnostisches Mittel bei Kindeswohlgefährdung angegeben werden.	Zeichen einer Kindeswohlgefährdung wird mit 0.8% bis 13.5% angegeben. Eine Aussage zur Sensitivität und Spezifität der körperlichen Untersuchung (ohne weitere Hinweiszeichen auf eine Kindeswohlgefährdung) als diagnostisches Mittel bei Kindeswohlgefährdung kann nicht angegeben werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Im Vergleich zu anderen systematischen Reviews zur Detektion von Kindeswohlgefährdung sind die Studien vergleichbar. Der Fokus liegt auf der vollständigen körperlichen Untersuchung zur Detektion einer Kindeswohlgefährdung. Wie im Titel angekündigt, ergibt sich kein Hinweis dafür, dass eine körperliche Untersuchung die Detektionsrate von Misshandlung erhöht.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTERVENTION UND AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

		die sich in Setting des Gesundheitswesens vorstellen - Evaluation einer vollständigen körperlichen Untersuchung (mindestens Inspektion von Haut- und Mundbefund), als Teil eines Screening-Verfahrens zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung - Das Ergebnis der körperlichen Untersuchung soll sich auf etwas beziehen und verglichen werden (Gericht, Jugendamt, Expertengremium, Rechtsmediziner, Eigenauskunft). <u>Ausschlusskriterien:</u> - Studien zu körperlichen Untersuchungen aufgrund eines bestehenden Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung - Studien zu körperlichen Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	Experten-Gremium regionaler Kinderschutzgruppen) <u>3. Rosenberg et al.(USA):</u> Intervention: Betreuungsperson entkleidet das Kind, Pflegekraft bewertet Pflegezustand, Vorhandensein eines Flachschädels, von Hämatomen, thermischen Verletzungen oder Bissen Referenz: Nach einem Jahr wird im Kinderschutz-register nach einem Eintrag gesucht			

Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Hoytema van Konijnenburg,	Kohortenstudie	<u>Für das "Amsterdam protocol":</u>	Vergleich der beiden Screening-Verfahren	Vergleich der beiden Screening-	<u>Für das „Amsterdam protocol"</u> Von den 777 Familien mit 1332 Kin-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*:

EMM et al. (2015). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. Niederlande		07/ 2012 – 02/2014: 6 Notaufnahmen in Amsterdam; 777 Familien mit 1332 Kindern <u>Für das "Haguer protocol":</u> 12/2006 – 12/2011: 5 Notaufnahmen in Den Haag 565 gemeldete Familien mit 972 Kindern <u>Einschlusskriterien:</u> Erwachsene, die sich in der Notaufnahme vorstellen und die Verantwortung für ein minderjähriges Kind tragen oder schwanger sind. <u>Vorstellungsgrund:</u> 1. Innerpartnerschaftliche Gewalt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus (alle Substanzarten) <u>Ausschlusskriterien:</u> Erwachsene, die für kein minderjähriges Kind verantwortlich sind oder	<u>Verfahren „Hague protocol":</u> Bei Vorstellung eines Patienten in der Notaufnahme aufgrund einer oder mehrerer u.g. Gründe wird dieser befragt. Vorstellungsgründe: 1. Innerpartnerschaftliche Gewalt 2. Suizidversuch oder schwere psychiatrische Störung 3. Substanzabusus (mit Kriterien für "harte und weiche Drogen") Der/Die PatientIn wird von einem geschulten Professionellen (Pflegekraft/MedizinerIn) in der Notaufnahme gefragt, ob er/sie verantwortlich für ein minderjähriges Kind ist oder schwanger ist. Bei fehlender Ansprechbarkeit des Patienten wird diese Information z.B. bei der Polizei eingeholt. Diese Information wird dann an die RCCAN* zur Überprüfung weitergeleitet. Die RCCAN nimmt in der folgenden Woche Kontakt mit der Familie auf und überprüft eine mögliche Kindeswohlgefährdung anhand der CARE NL**. Ein Sozialarbeiter und ein Arzt holen Informationen (Befragung von Kinderarzt, Schule, the Well Baby Clinics and the School	Verfahren („Haguer protocol" und „Amsterdam protocol").	dern wurden 212 Familien mit 360 Kindern nach Protokoll gemeldet. <u>Einschätzung Kindeswohlgefährdung:</u> bestätigt (39%) verdächtig (12%) ausgeschlossen (26%) unbekannter Status (23%) <u>Körperliche Untersuchung:</u> Bei der Untersuchung zeigten sich bei 10 von 197 Kindern (5%) zeigten sich Auffälligkeiten. Zeichen körperlicher Vernachlässigung wurde bei 6 Kindern und Zeichen körperlicher Misshandlung wurden bei 2 Kindern, die Beschreibung der 2 anderen Kinder fehlt. <u>Für das „Haguer protocol"</u> 565 gemeldete Familien mit 972 Kindern Davon wurden 100 Familien (Stichprobe) für den Vergleich ausgewählt. <u>Einschätzung Kindeswohlgefährdung:</u> bestätigt (91%) verdächtig (7%) ausgeschlossen (2%) Es zeigte sich, dass das RCCAN* mit 98% im Gegensatz zum Personal der Kinderklinik mit 51% mehr Kindeswohlgefährdungen identifiziert. Die Weiterleitungen an das RCCAN* sind prozentual nahezu gleich mit 82%	Trotz der Unterschiede sind beide Verfahren ein geeignetes Mittel um das Risiko einer Kindeswohlgefährdung zu identifizieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Beide Studien zeigen einen hohen positiven Vorhersagewert für eine Kindeswohlgefährdung bei Auffälligkeiten von elterlichen Risikofaktoren. Sowohl in der Amsterdamer Uni-Kinderklinik als auch beim RCCAN*erfolgt die Risikoeinschätzung interdisziplinär und multiprofessionell. Die Qualifikation der mitarbeitenden der Ambulanz der Uni Kinderklinik ist geringer als die der Mitarbeitenden bei RCCAN*. Dies könnte die unterschiedlichen Werte für den positiven prädiktiven Wert erklären. Desweiteren kann die Häufigkeit der Gefährdungseinschätzung eine Rolle spielen.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** eindeutige Ein- und Ausschlusskriterien, wodurch die Patienten in beiden Städten vergleichbar werden. **SCHWÄCHEN:** Die Voraussetzungen der Notaufnahmen in Amsterdam und Den Haag sind nicht gleich. Detection bias möglich: Konfidenzintervalle sind bei den Ergebnisdarstellungen nicht gegeben. Datenerhebung in Amsterdam zeitversetzt zur Datenerhebung in Den Haag.

		mit keine der obigen Gründe vorstellig wurden	Health Care system) zur häuslichen Situation ein und schätzen eine Kindeswohlgefährdung ein. Es werden alle Kinder ab 6 Jahre von einem Verhaltensspezialisten untersucht. <u>Es wird nach 3 Kategorien unterschieden:</u> 1. Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung: Entsprechend wird mit der Familie ein Hilfeplan auf freiwilliger Basis erarbeitet; bei fehlender Akzeptanz der Hilfen erfolgt eine offizielle Meldung einer Kindeswohlgefährdung. 2. Keine sichere Bestätigung einer Kindeswohlgefährdung Es werden keine Hilfen installiert. Die Daten des Kindes werden im RCCAN*-System belassen. 3. Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung Die Daten werden aus dem Datensystem der RCCAN* entfernt und der Ausschluss wird in der Patientenakte des betreffenden Elternteils im Krankenhaus vermerkt. Die Eltern erhalten ein Entschuldigungsschreiben des Krankenhaus-Vorstandes. <u>Verfahren „Amsterdam proto-</u>		versus 80% der gesamten Fallzahlen. Die körperliche Untersuchung ergab in der Amsterdam-Studie in 5 % der Fälle Zeichen für eine Kindeswohlgefährdung. Der häufigste Gefährdungsgrund war die Zeugenschaft von Gewalt.	

			col“: Verfahren wie im “Haguer protocol”; anstelle der Weiterleitung der Daten der identifizierten Kinder an das RCCAN* erfolgt eine Weiterleitung werden die Daten an die pädiatrische Ambulanz weitergeleitet. Dort erfolgt auch eine körperliche Untersuchung (im Gegensatz zum Haguer protocol) und Vermittlung an andere Dienste. Erst bei Ablehnung einer Vorstellung in der Ambulanz erfolgt die Weiterleitung an das RCCAN*.			
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kemp, A et al. (2014). Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse. A Systematic Review. UK	Systematic Review bestehend aus 20 retrospektiven Beobachtungsstudien	Von 7005 Arbeiten wurden 149 Artikel begutachtet und davon 20 Studien ausgewählt. Studiendesign: 1 x Fallkontroll-Studie 1 x Querschnittsstudie 18 x Fallserien-Studie Insgesamt 73 Kindern In den Fall-Serien wurde in 39 von 43 Fällen das Alter beschrieben und umfasste das Alter von	Systematische Suche: Es erfolgte eine Suche in allen Sprachen der 15 Datenbanken (ASIA, Caredata, Child data, CINAHL, Embase, ISI Proceedings, Medline, Medline In-Process & other non –indexed Citations, Sciences Citation, Social Science Citation Index, SIGLE, Scopus, TRIP database) für Original- und Kongressarbeiten in der Zeit vom 1950 bis zum März 2011. Die Suchwörter sind gelistet und es wurde nach	Das Review sucht nach Charakteristika bei zugefügten Verbrennungen zur Bewertung einer Kindesmisshandlung.	Die Anschuldigung einer vorsätzlich zugefügten Verbrennung besteht bei einer nicht plausiblen Unfallerklärung. Der Großteil der Verbrennungen erfolgte durch Kontakte von Haushaltsgegenständen und betraf Kinder, die älter als 3 Jahre waren: Zigaretten (18), Bügeleisen (9), elektrische Heizlüfter und Radiatoren (10), Feuerzeug (2), Föhn (7), Lockenstab (3), Chemikalien (3), Mikrowelle (2) Flammen (7), Vermischtes (7) und Verbrennungen unbekannter Ursache	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Charakteristika können den Verdacht einer Kindesmisshandlung bei Kindern mit Verbrennungen bestätigen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die wichtigste anamnestische Frage lautet: Passt die Beschreibung des Unfallgeschehens zum Verbrennungsmuster? Weitere anamnestische Charakteristika und Aussagen können nicht helfen zwischen Unfall und Misshandlung zu differenzieren.

EVIDENZLEVEL 2++		0–14 Jahre. Der Hauptteil dieser Kinder (27/39, 67.5%) war älter als 3 Jahre. Einschlusskriterien: Studien mit nicht akzidenteller Verbrennung von Kindern im Alter von 0-18 Jahren; Erscheinungsbild und Ursache muss beschrieben sein; Bestätigung einer Kindesmisshandlung muss vorliegen	dem Snowball-Verfahren gesucht. Zusätzlich wurden relevante Zeitschriften und Internetseiten durchsucht.		(5). Verbrennungen haben ein charakteristisches Erscheinungsbild und befinden sich vornehmlich im Bereich von Extremitäten, des Stamms und an den Rückenseiten der Hände. Verbrennungen sind zumeist zahlreich und es bestehen weitere Zeichen einer Misshandlung.	**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFBEREITUNG **SCHWÄCHEN:** retrospektive Studien, fehlende Interessenkonflikterklärung
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Louwers, ECF et al. (2010). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. Niederlande	Systematisches Review Niederlande bestehend aus 4 Kohortenstudien 1 Studie: Kanada, 2 Studien: UK, 1 Studie:	Von 332 Titeln wurden 318 ausgeschlossen und 15 Volltexte von 2 Gutachtern gelesen und 4 Volltexte bewertet mit insgesamt 8987 Kindern von 0–18 Jahren, die sich in einer Notaufnahme vorstellten. 1.Pless (Kanada): prospektive Studie mit 4422 PatientInnen ≤6 Jahre 2.Sidebotham (UK): prospektive Studie mit 2345 PatientInnen	Systematische Suche: Die Angaben des Reviews erfolgen nach dem Cochrane Handbuch. Im Februar 2008 erfolgte die Suche in PubMed, EMBASE, Web of Science, the Cochrane Library und CINAHL. Außerdem wurde die Zeitschrift “Child Abuse and Neglect” ab 1977 durchsucht Suchanfrage: Die Suche begann in PubMed. Suchbegriffe wurden einzeln und in Kombination eingegeben: “child abuse”, “mass screening”, and “emergency	Das Review sucht nach effektiven Methoden, die in der Notaufnahme genutzt werden, um die Detektionsrate für Kindeswohlgefährdung signifikant zu erhöhen.	Insgesamt ist eine Checkliste für Kinder keine effektive Maßnahme, um eine Kindesmisshandlung in der Notaufnahme zu detektieren. 1. Pless (Kanada) Die Detektionsrate ist nicht signifikant erhöht. Von initial 0.86% steigt die Rate auf 1.13% nach der Implementierung der Intervention. Es werden 25 (70%) “wirklich positive” und 36 verdächtigte Kinderschutzfälle nach der Intervention angegeben. Zusammenfassend werden weder die Checkliste noch die Mitarbeitenden der Notaufnahme als ausreichendes Mittel zur Detektion von Kindesmiss-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Es zeigt sich keine effektive Methode zur Erkennung von Kindesmisshandlung in der Notaufnahme. Es zeigt sich eine signifikante Erhöhung von Verdachtsfällen in der Notaufnahme, wobei über die bestätigten Fälle nicht berichtet wurde. Die Screening-Instrumente für die Notaufnahme sind nicht effektiv. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Trotz Training und entsprechender Durchführung liegen keine effektiven Daten zur Detektion von Kindeswohlgefährdung mit Hilfe von Fragebögen vor.

		≤18 Jahre 3.Benger (UK): prospektive Studie mit 2000 PatientInnen ≤6 Jahre 4.Bleeker (NL): retrospektive Studie mit PatientInnen von 0–17 Jahren, wobei im ganzen Krankenhaus 220 PatientInnen als Verdachtsfälle von Kindeswohlgefährdung eingestuft wurden Kinder von 0-18 Jahren, die in der Notaufnahme behandelt werden. Einschlusskriterien: Studien, die überprüft wurden und bei denen das Kind im Fokus stand; Studien, die eine Notaufnahme im Kontext hatten; Studien, die eine Intervention zur Detektion von Kindeswohlgefährdung beinhalteten Ausschlusskriterien: Studien, die Kinder mit	service, hospital" and 8 weitere verwandte Suchwörter (battering, non-accidental injury, maltreatment, screening, intervention, emergencies, emergency treatment, emergency department). 1. Pless (Kanada): Checkliste mit 10 Fragen und die körperliche Untersuchung von TraumapatientInnen (Accident-SCAN) follow-up 4,5 Monate 2. Sidebotham (UK): Checkliste mit 5 Fragen und Prüfung des Kinderschutz-Registers durch das Pflegepersonal, Training für das Pflegepersonal follow-up nach 2 Monate 3. Benger (UK): Checkliste mit 4 Fragen follow-up 3 Monate 4.Bleeker (NL): Checkliste SPUTOVAMO follow-up 40 Monate		handlung angesehen. 2. Sidebotham (UK): Nach dem Training zeigt sich eine signifikante Erhöhung der verdächtigen Kinderschutzfälle (0.22% vs 1.32%, odds ratio (OR) 6.0), wobei die verdächtigen Fälle im Verlauf nicht überprüft werden. Zusammenfassend kann eine Checkliste die Wahrnehmung für eine Kindesmisshandlung in der Notaufnahme erhöhen, jedoch können 5 Fragen alleine keine Kindesmisshandlung identifizieren. 3. Benger (UK): Die Einführung der Checklist zeigte keinen signifikanten Anstieg in der Detektierten von verdächtigen Kindesmisshandlung (0.6% vs 1.4%, OR 2.3). Eine Checkliste führt zu keiner signifikanten Erhöhung der Detektion. 4.Bleeker (NL): Es erfolgte kein Pretest. Von 220 Verdachtsfällen (Notaufnahme und das gesamte Krankenhaus) konnten 58 Fälle (26%) als Kindesmisshandlung bestätigt werden. Die Checkliste führte zu einer Detektion von Kindesmisshandlung in 0,1% der Fälle in der Notaufnahme.	Vergleichbare Studien werden gut beschrieben und beziehen sich auf die Aufnahmesituation im Krankenhaus; wobei nur eine Studie einen Pretest zur Detektion durchführte. Das Review gibt die Evidenz bis 2010 wieder.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** EINDEUTIG BESCHRIBENES OUTCOME **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar, wie viele Personen an der Auswahl beteiligt waren

		thermischen Verletzungen betrafen				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Louwers, ECF et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. Niederlande	Prospektive Kohortenstudie	Innerhalb von 18 Monaten (Juli 2008 – Dezember 2009) werden in 3 niederländischen Notaufnahmen 38.136 Kinder bis 18 Jahre behandelt. Das mittlere Alter lag bei 5,5 Jahren, davon waren 57% männlich; 58% wurden von KinderärztInnen und 32% chirurgisch behandelt. Der Fragebogen ESCAPE wurde für 18.275 Notaufnahme-Besuche ausgefüllt. <u>Einschlusskriterien:</u> Alle Kinder von 0-18 Jahren, die in den 18 Monaten in den drei Notaufnahmen behandelt wurden. <u>Ausschlusskriterien:</u> 1. Verdacht auf Kindeswohlgefährdung war vor	<u>ESCAPE-Bogen:</u> beinhaltet 6 Punkte zum Thema: Risiko für Kindesmisshandlung. Der Bogen wird nicht nur bei verunfallten Kindern benutzt und ist unabhängig vom Vorstellungsgrund der Kinder. Während der Triage vervollständigt das Pflegepersonal den Bogen. Das Screening-Ergebnis ist positiv, wenn eine Frage bejaht und der zuständige Arzt informiert wird. Zur Triage gehört außerdem die vollständige körperliche Untersuchung. Die Verantwortung zur weiteren Information des Kinderschutzgruppe und der Meldung an das Kinderschutz-Register obliegt dem Arzt, unabhängig vom Screening-Ergebnis.	Es wurde der ESCAPE-Bogen auf seine Sensitivität und Spezifität geprüft.	ESCAPE Bogen wurde für 18,275 Vorstellungen in der Notaufnahme ausgefüllt. Von diesen wurden 420 positiv gescreent. In 44 Fällen bestätigte sich der Verdacht. 11 Kinder wurden negativ gescreent, jedoch als Kinderschutzfall bestätigt. Der Anteil der Kindesmisshandlungen wird als niedrig eingeschätzt bei der vorliegenden Kohorte: 0.3% der positiv gescreenten Kinder in der Notaufnahme und 0.1% der Kinder mit negativ gescreenten Ergebnis. Die Sensitivität beträgt 0.80 und die Spezifität beträgt 0.98. Der positive Vorhersagewert (PPV) liegt bei 0,1.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Der ESCAPE-Bogen ist ein nützliches Hilfsmittel in der Notaufnahme, um die Gruppe von Kindern mit einem hohen Risiko für eine Kindesmisshandlung zu erkennen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die benannten Kohorten wurden in den Ergebnissen nicht verglichen. Die Ergebnisse beschränken sich ausschließlich auf die Sensitivität und Spezifität des ESCAPE-Bogens(dies ist die englische Bezeichnung für den niederländischen SPUTOVAMO Bogen). Ein PPV von 10% (1 von 10 positiv gescreenten Kindern wurde tatsächlich misshandelt) ist sehr gering und für ein medizinisches Screening-Verfahren nicht geeignet.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUTE AUSWERTUNG DER INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** keine Darstellung von Konfidenzintervallen

		Vorstellung in der Notaufnahme bekannt 2. Alkoholintoxikation 3. Selbstmordversuch 4. Verletzung durch einen Unbekannten oder Gleichaltrigen				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, SA et al. (2008). A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. UK	Systematic Review bestehend aus 26 retrospektiven Beobachtungs-studien	Von 258 Arbeiten wurden 26 retrospektive Beobachtungsstudien ausgewählt und bewertet. Das Studiendesign war wie folgt: 1 x Fallkontroll-Studie 8 x Querschnittsstudie 17 x Fallserien-Studie Die Studien präsentierten 587 Kinder, davon wurden 183 Kinder absichtlich verbrüht. Aufgrund der Heterogenität der Studien konnte keine Metaanalyse erfolgen. 5 Studien [Ayoub et al., Daria et al., Dressler et al., Hobbs et al., Yeoh et al.] überzeugten die AutorInnen in ihrer Vergleichbarkeit und	<u>Systematische Suche</u>: Es erfolgte eine Suche in 12 Datenbanken ohne Spracheinschränkung (ASIA, Caredata, Child data, CINAHL, Embase, ISI Proceedings, Medline, Medline In-Process & other non – indexed Citations, Sciences Citation, Social Science Citation Index, SIGLE, Scopus, TRIP database) für Original- und Kongressarbeiten, die in der Zeit von 1950 bis Oktober 2006. Zusätzlich wurden vereinzelt Bibliotheken, Studienpublikationen und relevante Internetseiten durchsucht. Die Suchwörter wurden aufgelistet. Die Auswahl und Bewertung der Arbeiten erfolgte von zwei Gutachtern mit Kenntnissen zu dem Thema. Bei Unstimmigkeiten wurde ein weiterer Gutachter hinzugezogen. <u>Studienbewertung:</u>	Das Review sucht nach Unterscheidungs-merkmalen bei beabsichtigten und unbeabsichtigten Verbrühungen zur Erkennung einer Kindesmisshandlung.	<u>Geschlecht:</u> 2 Studien [Daria et al., Yeoh et al.] wiesen keinen signifikanten Unterschied in der Geschlechts-verteilung bei absichtlich und unbeabsichtigt zugefügten Verbrühungen nach. Bei 10 beabsichtigten Verbrühungen war es F:M 1:1. Und bei 80 unbeabsichtigten Verbrühungen war es bei F:M 1:1.2. <u>Alter:</u> Daria et al. untersuchte Kinder unter 5 Jahren und zeigte ein mittleres Alter für beabsichtigte Verbrühung von 18 Monaten (Altersbereich 14–32 Monate, S.D. 6.7) und ein mittleres Alter von 17.1 Monaten (Altersbereich 6–29 Monate, SD 6,9) bei unbeabsichtigter Verbrühung. Kinder mit Behinderung: keine Daten vorhanden Unterscheidungsmerkmale von akzidenteller und nicht akzidenteller Verbrühung können anhand entspre-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Nicht akzidentelle und akzidentelle Verbrühungen können anhand einer Triage unterschieden werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters:* Ein gutes systematisches Review, dass anhand von anamnestischen und klinischen Angaben Rückschlüsse auf eine nicht akzidentelle oder akzidentelle Verbrühung zulässt.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** retrospektive Studien

		behandelten Daten von 24 Kindern mit beabsichtigt zugefügter Verbrühung und 398 Kindern mit unbeabsichtigt zugefügter Verbrühung Einschlusskriterien: Kinder zwischen 0–18 Jahren mit einer bestätigt beabsichtigten Verbrühung und/oder einer bestätigt unbeabsichtigten Verbrühung, bei der eine Kindesmisshandlung aktiv ausgeschlossen werden konnte Ausschlusskriterien: Übersichtsartikel, persönliche Praxis, Studien über Verbrühungsmanagement oder Outcome, Verbrühungen aufgrund von Unterlassen, Studien, die Verbrühungen und Kontaktverbrennungen kombinierten, Studien zu Verbrühungen, die Daten von Kindern und Erwachsenen kombinierten und die Daten der Kinder nicht zu entnehmen waren	Die Bewertung erfolgte auf Grundlage des Centre for Reviews and Dissemination, University of York, England Die Studien wurden in zwei Kategorien eingeteilt: tier1 vergleichbaren Daten Bestätigung der Diagnose zugefügt oder nicht zugefügte Verbrühung tier 2 keine vergleichbare Daten behandeln nicht alle Bezugsgrößen (Geschlecht, Alter, Charakteristika)		chender (Charakteristika (Mechanismus, Mittel, Muster und Verteilung und klinische/anamnestische/soziale Kennzeichen) identifiziert werden. Klinische Charakteristika: weitere Verletzungen, Unfallhergang ist mit dem Untersuchungsergebnis nicht vereinbar Koexistenz von Frakturen Anamnestisch-soziale Charakteristika: passiv, introvertiertes, ängstliches Kind frühere Misshandlung häusliche Gewalt häufige ältere Verletzungen wenn Geschwister für die Verbrühung verantwortlich gemacht werden	

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Peck, M et al. (2002). Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations. USA	Narrativer Review & Fall Serie	Es wurden 134 Artikel gefunden. 581 PatientInnen (0-19 Jahre) des North Carolina Jaycee Burn Center von 1996 bis 2000. Kinder im Alter von 0-19 Jahren <u>Einschlusskriterien:</u> nicht beschrieben <u>Ausschlusskriterien:</u> nicht beschrieben	<u>Systematische Suchstrategie</u> ohne Auflistung und Bewertung der einzelnen Studien: Die Suche erfolgte in englischer Sprache in MEDLINE von 1966 bis 2000 mit den Suchwörtern “child abuse” und “burns.” Zusätzlich wurden die Beobachtungen der eigenen PatientInnen am North Carolina Jaycee Burn Center einbezogen.	Das Review stellt einen Algorithmus zur Erkennung von Kindesmisshandlung bei thermischen Verletzungen dar.	Eigene PatientInnen-Daten: Von 581 wurden 27 (4.7%) als Kindesmisshandlung kodiert (International Classification of Diseases, Ninth Revision code 995.5 or E967). Es wurde ein Algorithmus bei Kindern mit thermischen Verletzungen dargestellt, wenn Zweifel an dem beschriebenen Unfallhergang und der Verletzung bestehen. Die Anamnese und körperliche Untersuchung ist obligat. Es ist die Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzte, Sozialarbeitende, Pflegekraft und Jugendamt vorgesehen. Das zusätzliche Nutzen einer Checkliste erhöht die Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung bei thermischen Verletzungen. Die meisten Untersucher konnten charakteristische Erscheinungsmerkmale für eine thermische Verletzung darstellen. Korrelation zwischen dem Ausmaß der thermischen Verletzung und der Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung konnte nicht hergestellt werden. Als Merkmale für eine körperliche	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Medizinische Untersuchungen bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung durch Verbrennungen können strukturiert durchgeführt werden. Ein Algorithmus kann dabei helfen, falsch-positive und falsch-negative Meldungen zu minimieren. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Leider sind die einzelnen Artikel nicht gelistet und einzeln bewertet, so dass der Review als narrativ gewertet wird. Die Suchstrategie bezog sich nur auf Verbrennungen und nicht explizit auf Verbrühungen. Im Review ist die Bezeichnung von Verbrennungen und Verbrühungen und thermischen Verletzungen nicht immer eindeutig. Es werden Charakteristika bei thermischen Verletzungen schlüssig hergeleitet.
Evidenzlevel 3						**Stärken:** gute Auswertung der Fallserien **Schwächen:** nicht erkennbar

					Misshandlung werden klar gezeichnete Demarkierungen, tiefe Verbrühungen im Bereich des Gesäßes, des Perineums und der Füße angegeben, insbesondere wenn die Verbrühungen symmetrisch sind.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Schouten, M et al. (2017). The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. Niederlande	Prospektive Kohortenstudie	PatientInnen der Notaufnahme 50671 Kinder wurden gescreent, ausgewertet wurden Daten von 5592 Kindern Das mittlere Alter lag bei 3 Jahren (IQR 1-8 Jahre) und 54% waren männlich. <u>Einschlusskriterien:</u> Alle Kinder im Alter von 0±18 Jahren, die sich in einer der 5 Notaufnahmen der Region Utrecht in der Zeit von Juli 2012 bis Juli 2013 vorstellten.	Die Checkliste wird von dem behandelnden Arzt nach der Vorstellung des Kindes ausgefüllt. Die Dokumentation erfolgt elektronisch und ist obligatorisch. Bei einem positiven Ergebnis wird es leitliniengerecht behandelt. Sowohl die positiven Ergebnisse der Checklisten als auch eine Auswahl der negativen Ergebnisse wurden 10 Monate nach der Vorstellung in der Notaufnahme mit den Einträgen des Kinderschutz-Registers verglichen. <u>Checklisten</u>: SPUTOVAMO-R2 (5 Fragen) Ist die Geschichte mit der Verletzung und dem Alter des Kindes zu vereinbaren? Hat die verspätete Vorstellung eine zufriedenstellende Erklärung? Ist die Geschichte bei Wieder-	Ermittlung der Detektionsrate von Kindeswohlgefährdung in der Notaufnahme anhand von SPUTOVAMO-R2.	Von 50671 Kindern waren die Checklisten von 108 Kindern positiv und von 50563 Kindern negativ. Von den 108 (0.2%) positiv gescreenten Kindern wurden 9 Kinder dem Jugendamt gemeldet. Von den 50563 Kindern mit negativer Checkliste wird eine Auswahl von 5484 Kindern mit den Daten des Kinderschutz-Registers verglichen. Von diesen 5484 Kindern wurden 52 Kinder dem Jugendamt gemeldet. Der positive Vorhersagewert (PPV) der Checkliste liegt bei 8.3 (95% CI 3.9±15.2). Der negative Vorhersagewert (NPV) liegt bei 99.1 (98.8±99.3), mit 52 falsch negativen Fällen. Bei Kürzung der Checkliste auf 2 Fragen (SPUTOVAMO-R3) liegt der PPV bei 9.1 (3.7±17.8) und der NPV bei 99.1 (98.7±99.3).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Aufgrund der niedrigen Detektionsrate und der hohen falsch positiven Rate wird die Checkliste lediglich als Hilfsmittel und nicht als diagnostisches Mittel für Kindeswohlgefährdung empfohlen. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Eine gute Studie mit einem follow-up von 10 Monaten, die den positiven und negativen Vorhersagewert der Checkliste untersucht.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GROßE PATNETENANZAHL; GUTE ENDPUNKTAUSWERTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

			holung ohne Widerspruch? Eltern und Kind: Angemessenes Verhalten und Interaktion? Ergriffen die Eltern adäquate Maßnahmen? SPUTOVAMO-R3 (2 Fragen) Steht die Geschichte im Verhältnis mit der Verletzung? Wie ist die Interaktion zwischen Kind und Eltern?		Im Setting: Vorstellung in der Notaufnahme hat die Checkliste SPUTOVAMO-R2 eine niedrige Detektionsrate und eine hohe falsch positive Rate.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Sittig, JS et al. (2016). Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. Niederlande **EVIDENZLEVEL 2++**	Prospektive Kohortenstudie	PatientInnen der Notaufnahme 4290 Kinder wurden gescreent, Daten von 720 PatientInnen wurden ausgewertet. Das mittlere Alter lag bei 3,7 (1,8) Jahren. 58% waren männlich. <u>Einschlusskriterien:</u> Kinder im Alter von 0–7 Jahren, die sich in der Notaufnahme aufgrund einer Verletzung vorstellen. <u>Zeitraum:</u> Juni 2009 bis Dezember 2010 mit einem follow-up von	Systematisches Screening in der Notaufnahme mit Hilfe einer Checkliste (SPUTOVAMO) zum Erkennen von körperlicher Misshandlung und Erkennen von Verletzungen aufgrund von Vernachlässigung und Erkennen von Hilfebedarf. Zuzüglich werden zur Aufnahme und im follow-up nach 6 Monaten alle positiv und ein ausgewählter Teil der negativ gescreenten Kinder (15% der negativen gewerteten Kinder) von einem Expertengremium strukturiert befragt, bzw. Informationen eingeholt. Die Informationen werden wie folgt eingeholt: Fragen zur Verletzungsanamne-	Ermittlung der Detektionsrate von Kindeswohlgefährdung in der Notaufnahme anhand von SPUTOVAMO-R.	Von 4290 Kindern waren die Checklisten von 112 Kindern positiv und von 4178 Kindern negativ. Von den 112 positiv gescreenten Kindern wurde bei 3 Kindern eine körperliche Misshandlung, bei 5 Kindern eine Vernachlässigung und bei 33 Kindern ein Hilfebedarf festgestellt. Von den 4178 negativ gescreenten Kindern wurden 645 Kindern (15%) randomisiert ausgewählt. Von diesen Kindern wurde keine Misshandlung, bei 1 Kind eine Vernachlässigung und bei 69 Kindern ein Hilfebedarf festgestellt. Die Prävalenz für eine körperliche Misshandlung lag bei 0.07 %, (3 von 4253).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Checkliste hat eine hohe Rate an falsch positiven Ergebnissen für eine körperliche Misshandlung und ist somit nicht hilfreich für die Behandler und Familien. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die Studie ist gut gemacht und ist zur Einschätzung mit einem follow-up von 6 Monaten hilfreich zur Einschätzung des Screening-Bogens. **STÄRKEN:** GUTE AUSWERTUNG DER ENDPUNKTAUSWERTUNG **SCHWÄCHEN:** KURZES FOLLOW-UP VON 6 MONATEN

		6 Monaten	se, Informationen beim Kinderärztin/Kinderarzt/ Hausärztin/Hausarzt, Sozialdienst <u>SPUTOVAMO:</u> Der Bogen besteht aus 6 JA/NEIN-Fragen und ist auffällig bei einer bejahten Frage, spätestens nach 24 Stunden wird die Kinderschutzgruppe hinzugeholt. Ist die Verletzung mit der angegebenen Geschichte und dem Alter des Kindes vereinbar? Wird die Geschichte in der Wiederholung gleich erzählt? Wird eine verspätete Vorstellung in der Notaufnahme plausibel begründet? Gibt es Auffälligkeiten in der vollständigen körperlichen Untersuchung? Gibt es unklare Verletzungen in der Vergangenheit? Ist die Eltern - Kind – Interaktion auffällig?		Der positive Vorhersagewert lag bei 0.03 (95% CI 0.006 bis 0.085). Der negative Vorhersagewert lag bei 1.0 (0.994 bis 1.0). Es besteht eine hohe Rate an falsch positiv gescreenten Kindern.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Verbeek, INE et al. (2012). Child abuse possibly missed by lack of information in the accident	Prospektive Verlaufsbeobachtung	<u>Zeitraum:</u> 15. November 2009 – 23. März 2010 PatientInnen der Notaufnahme Mittleres Alter: 8,06 ±	Die Krankenakten und Röntgenbilder werden im Nachhinein auf eine Kindesmisshandlung von 4 Ärzten neu beurteilt. Alle Eltern, deren Bögen nicht komplett ausgefüllt worden	Wie konsequent wird der Screening-Bogen SPUTOVAMO angewandt und wie häufig entgeht den Ärzten eine mögli-	160 Kinder erfüllten die Kriterien. Bei 145 Kindern erfolgte die Komplettierung des SPUTOVAMO Bogens und die Nachschau der Röntgenbilder. 15 Kinder hatten keine Fraktur, 12	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Ein hoher Anteil der Checkliste wurde nicht ausgefüllt. Bei komplett ausgefüllter Checkliste konnte bei Kindern mit Fraktur, die in der Notaufnahme behandelt werden, der Verdacht auf eine

and emergency department (SEH). [Dutch]. Niederlande		3,2 Jahre (0-13 Jahren) < 1 Jahr 1,3% 1-2 Jahre 6,9% 3-4 Jahre 10,0% 5-8 Jahre 29,4% 9-12 Jahre 52,5% <u>Einschlusskriterien:</u> PatientInnen im Altern von 0-13 Jahren, die in der Notaufnahme mit einer Fraktur behandelt wurden <u>Ausschlusskriterien:</u> Verkehrsunfälle wurden ausgeschlossen.	waren, wurden angerufen um den Bogen zu komplettieren.	che Kindesmisshandlung, wenn der Bogen nicht komplett ausgefüllt wird.	Kinder konnten telefonisch nicht erreicht werden und 1 Kind war verzogen. In der Nachschau wurde bei 16 Kindern die Fraktur als mögliche Kindesmisshandlung gewertet. In der Notaufnahme wurden 4 Kinder als mögliche Opfer einer Kindesmisshandlung betrachtet. 1% der PatientInnen hatten eine gesicherte Kindesmisshandlung. Bei 1% der PatientInnen wurde fälschlicherweise eine Kindesmisshandlung vermutet. 10% der PatientInnen hatten wahrscheinlich eine Kindesmisshandlung. 21% aller PatientInnen wurden unzureichend befragt, sodass eine Misshandlung als Ursache der Fraktur nicht ausgeschlossen werden konnte.	Misshandlung von 4 auf 16 Kinder, bzw. 2,5% auf 10% erhöht werden. *Schlussfolgerung der Gutachterin und des Gutachters*: Die klinische Studie ist gut gemacht und die Schlussfolgerung der Autoren schlüssig. Leider fehlt die Konfirmation der Diagnose. Bemerkenswert ist der hohe Anteil der nicht komplett ausgefüllten Bögen beziehungsweise beantworteten Fragen, eingedenk der Tatsache, dass Ärzte in niederländischen Notaufnahmen zur Bearbeitung des Fragebogens verpflichtet sind.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** EINDEUTIG BESCHRIEBENE INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** kleine Patientengruppe; kurzes follow-up

Sexueller Missbrauch

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Abraham, M et al. (2016).Case Series: Vaginal Rupture Injuries after Sexual Assault in Children and Adolescents USA	Fallserie	Anzahl der Mädchen n= 4 Alter der Mädchen 2 Jahre, 7 Jahre, 12 Jahre, 15 Jahre Einschlusskriterien: • Patienten mit offensichtlichen Hymenal- und Vaginalverletzungen und sekundärem akutem Blutverlust.	Fallbeispiele	Vorgehen bei schweren genitalen Verletzungen nach sexuellem Übergriff	• Alle vier Patientinnen zeigten schwere Hymen- und Vaginalverletzungen mit Blutungen, wobei die Einschätzung der Verletzungen in Narkose im Operationssaal erfolgte • Alle Patientinnen benötigten eine operative Versorgung. Zwei Patientinnen wurden explorativ laparotomiert und eine Patientin wurde laparoskopiert, um das Ausmaß ihrer inneren Verletzungen zu bestimmen • Bei keiner Patientin folgte eine Infektionen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Versorgende sollten eine niedrige Schwelle für das Management von Opfern sexuellen Kindesmissbrauch haben, wenn die Fälle als akutes Trauma wie offensichtlichen Hymenal- und Vaginalrissen mit Blutungen vorliegen und diese gegebenenfalls schnellstmöglich unter Vollnarkose untersuchen. Wir empfehlen eine zügige Konsultation von Experten wie z.B. dem gynäkologischen Dienst, um die Untersuchung, Diagnose und ggf. Versorgung unter Vollnarkose durchzuführen. Gleichzeitig müssen die psychologischen und forensischen Komponenten der Patientenversorgung berücksichtigt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Es werden vier Fälle von Mädchen im Kindes- und Jugendalter mit schweren genitalen Verletzungen nach sexuellem Übergriff vorgestellt.
Evidenzlevel 3						**Stärken:** Seltene schwere Verletzung **Schwächen:** Vergleichbarkeit eingeschränkt.
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)**	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Adams JA et al.	Leitlinie	Anzahl der Literaturquel-	Grundlage für das Update ist die	Aktualisierte Richt-	Krankengeschichte	*Schlussfolgerung der Autorin-*

(2018). Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse USA		len n= 59 Einschlusskriterien: • Kinder mit Verdacht auf sexuellem Missbrauch	Leitlinie Adams et al. (2015): Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. In: Journal of pediatric and adolescent gynecology 29 (2), S. 81–87. DOI: 10.1016/j.jpag.2015.01.007. Eine Gruppe von Kinderschutzspezialisten überarbeitet die Empfehlungen von 2007 (Centers for Disease Control and Prevention und der American Academy of Pediatrics anhand kritischer Literaturbewertung und erzielten einen Konsens. Die Überarbeitungen basieren auf Daten von gut gestalteten, unvoreingenommenen Studien, die in hochrangigen, von Fachleuten überprüften wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Beim Fehlen solcher Studien beruhen die Empfehlungen auf einem Experten-Konsens.	linien für die medizinische Beurteilung und Betreuung von Kindern mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch.	• Die Krankengeschichte umfasst körperliche Symptome, emotionale / verhaltensbezogene Symptome und Informationen über den Missbrauch, die zur Beurteilung und Behandlung von mutmaßlichen Missbrauchsopfern erforderlich sind. Die Befunderhebung erfolgt über einen forensischen Interviewer oder einem Arzt und wird durch ein multidisziplinäres Team bewertet und koordiniert. Untersuchung • Alle Kinder mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch sollten eine Untersuchung durch einen medizinischen Spezialisten für Kinderschutz erhalten. • Die Dringlichkeit der medizinischen Evaluation kann als Notfall priorisiert werden, dringend oder nicht dringend. • Eine Notfallevaluation sollte unverzüglich durchgeführt werden, dringend und nicht dringende Evaluationen sollten innerhalb von 1 bis 7 Tagen durchgeführt werden. Dokumentation • Der Krankenbericht sollte Anamnese, körperliche Untersuchung und Laborbefunde enthalten. • Die Fotodokumentation wird als Standard für die Untersuchung emp-	*nen/Autoren der Studie*: Die Empfehlungen in diesen überarbeiteten Richtlinien enthalten aktuelle Forschungs- und Praxisrichtlinien für Kliniker, die Kinder und Jugendliche auf Verdacht auf sexuellen Missbrauch hin untersuchen (Tabelle 4). Bei der Überarbeitung dieser Richtlinien wurden mehrere Schwerpunkte für zusätzliche Forschung identifiziert (Tabelle 5). Darüber hinaus werden einige Begriffe geklärt, Bestandteile der Interpretationstabelle neu geordnet und Empfehlungen zur Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität ausgearbeitet. Während die Interpretationstabelle ein wichtiger Bestandteil dieser sich entwickelnden Leitlinie bleibt, kann die Bedeutung der Geschichte des Kindes bei der Diagnose von sexuellem Missbrauch nicht überbewertet werden. In ähnlicher Weise müssen die medizinischen und psychischen Gesundheitsbedürfnisse des Patienten während der medizinischen Beurteilung priorisiert werden. Der Untersucher spielt eine Schlüsselrolle bei der Erfassung der Anamnese, der Bewertung der medizinischen und psychischen Bedürfnisse des Kindes und der Aufklärung von Familien, multidisziplinären Partnern, Richtern und Juroren bei der angemessenen Beurteilung, Interpretation der Ergebnisse und Management von sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen.

					fohlen, insbesondere für Untersuchungen mit positivem Befund, da abnormale Untersuchungsbefunde selten sind. Die Qualität von Standbildern oder Videos ermöglicht eine Expertenüberprüfung für Qualitätssicherung, Lehre und Gerichtsverfahren, wobei Fotografien niemals detaillierte schriftliche Beschreibungen der Ergebnisse ersetzen. <u>Testen auf sexuell übertragbare Infektionen</u> • Das Anlegen von Kulturen sind traditionell der diagnostische Goldstandard für Fälle von sexuellem Missbrauch. Kulturen sind kostspielig und nur gering sensitiv, insbesondere für die Identifizierung einer Chlamydien-Infektion (bis zu 20% sensibel im präpubertären Bereich bei Mädchen). Nucleic Acid Amplification Testing (NAAT) wird seit Jahren bei sexuell aktiven Jugendlichen und Erwachsenen aufgrund seiner höheren Sensitivität (100% durch Transkription vermittelte Amplifikation) und hat den Vorteil, dass die Probe nicht-invasiv gesammelt wird. NAAT sollte für den Nachweis von Neisseria Gonorrhoe und Chlamydia trachomatis eingesetzt werden. <u>Interpretation der Ergebnisse</u> • Weitere Forschung ist erforderlich,	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Leitlinie ist inhaltlich und thematisch gut gemacht.
EVIDENZLEVEL (NACH AGREE II): 34 %						**STÄRKEN:** DAS UPDATE FÜR 2018 IST ALS REVIEW AUFGEARBEITET UND GUT GEGLIEDERT AUFGEBAUT **SCHWÄCHEN:** Nutzung als Referenz-Leitlinie

					um die Bedeutung von Analbefunden in Bezug auf Missbrauch und die Auswirkungen von Untersuchungspositionen, -techniken und anderen Faktoren für diese Befunde. • Die Kategorie "Indeterminate" wurde als "No Consensus" umbenannt. Bedeutung eines bestimmten Untersuchungsbefundes für sexuellen Missbrauch. <u>Untersucher</u> • Medizinische Bewertungen sollten von einem qualifizierten Untersucher mit Erfahrung im sexuellen Missbrauch von Kindern durchgeführt werden. <u>Expertenbewertung von Untersuchungsbefunden</u> • Obwohl es nicht klar ist, auf welchem Erfahrungsniveau ein Untersucher ein Experte wird, gilt es als sicher, dass eine Fort- und Weiterbildung, klinische Erfahrung, Kenntnis der aktuellen Literatur und Engagement bei der Überprüfung der Fälle dazu führt. Eine Studie zeigte, dass die Variabilität bei der Interpretation solcher Befunde offenbar mit dem Niveau der Ausbildung, dem Beruf, der Erfahrung und der Literaturkenntnis zusammenhängt. • Ärzte ohne Fachwissen über sexuel-	

					len Missbrauch können aus der Ferne auf Expertenberatung zugreifen. Ein Beispiel dafür ist myCaseReview, ein sicheres webbasiertes Telehealth-Produkt, bei dem medizinische Anbieter Bilder zur Überprüfung durch ein medizinisches Gremium aus zertifizierten CAP-Experten (http://www.mrcac.org/medical-academy/mycasereview/) einreichen. <u>Gerichtsgutachten</u> • Die Bereitstellung medizinischer Gutachten erfordert einen durchdachten, gründlichen Ansatz und die Kenntnis von Gerichtsverfahren, die oft außerhalb der üblichen medizinischen Praxis liegen. Dazu existieren Leitlinien anderer Fachgebiete und der AAP.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Andersson, P et al. (2014). Multi-site direct determination of the potential for environmental contamination of urine samples used for diagnosis of sexually transmitted infections	Prospektive Kohorten-studie	<u>Anzahl der Urinproben</u> n= 1400 Urinproben der Probanden n= 1400 Urinersatzproben und Fingerkontamination Es wirkten 10 Kliniken des Northern Territory mit, 7-mal besucht wurden und die Proben entnommen wurden.	Es wurde jeweils 7-mal das Potential für eine Kontamination von Urinproben mit Umwelt-STI*-Nukleinsäure empirisch in den männlichen und weiblichen Toiletten der 10 Kliniken des Northern Territory (Australien) getestet, und zwar jeweils 7 Mal. Es wurde ein Urinersatz verwendet und die Abnahme simuliert, sodass eine Fingerkontamination im Bad simuliert wurde. Danach wurden die STI*	Bestimmung der Kontaminationspotential von sterilen Urinproben für sexuelle übertragbare Erkrankungen (STI*) in den Toiletten von Einrichtungen, in den STI untersucht werden.	• Es wurden insgesamt 1400 Ersatzurinproben entnommen. Davon konnten 1358 ausgewertet werden. • Die am meisten kontaminierten Toiletten und Bäder befanden sich in abgelegenen indigenen Gemeinden. In einzelnen Kliniken wurde keine Kontamination und gefunden und in Kliniken für sexuelle Gesundheit in städtischen Zentren wurden eine mittlere Kontaminationen festgestellt.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der* Studie: Wir behaupten, dass die Konfidenzintervalle nützliche Hinweise zu den Häufigkeiten falsch positiver Ergebnisse liefern. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Urinproben von Kleinkindern, die zur STI-Untersuchung entnommen werden, von geschultem Personal in sauberer Umgebung entnommen werden sollten, und wenn möglich sollten Duplikatproben entnommen werden.

Australien		Einschlusskriterien: • Kliniken mit dem Fokus sexuell übertragbare Erkrankungen • Urinproben, die von Eltern mit Kindern mit Verdacht auf CSA* vorstellig werden	der Urinersatzproben bestimmt. Verglichen wurden die Ergebnisse mit den „realen Urinporben auf STI*, die von z.B. Eltern entnommen wurden. Alle Proben wurden durch NAAT auf C. trachomatis, N. gonorrhoeae und T.vaginalis untersucht.			Diese Studie ist auch die einzige, die eine groß angelegte Bewertung des Potentials von Umweltkontaminanten enthält, die auf Urinproben übertragen werden sollen, die in einer Vielzahl von Einrichtungen erhalten wurden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie stellt die Einschränkungen der Studie fest und zeigt auf, dass Urinproben falsch-positive Befunde erbringen können.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** Intervention nicht ganz eindeutig dargestellt
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Brayley-Morris, H et al. (2015). Persistence of DNA from laundered semen stains: Implications for child sex trafficking cases USA	Nicht randomisierte kontrollierte Studie	Interventionsgruppemit befleckten Teilen der Kleidung Kontrollgruppe mit nicht befleckten Kleidungsanteilen Einschlusskriterien: • Anteile von Schuluniformen	Intervention: Teile britischer Schuluniformen (T-Shirts, Hosen, Strumpfhosen, Socken) wurden mit Spermien von 2 Probanden befleckt. Nach dem Beflecken mit Samen ließ man die Kleidungsstücke bei Raumtemperatur trocknen. Nach dem Trocknen wurde die Kleidung 8 Monate lang einzeln in Papiertüten auf der Rückseite eines Schrankes aufbewahrt. Die Anteile de der Kleidung die befleckt wurden, waren markiert. Danach erfolgten die Waschvorgänge bei 30 ° C und bis 60 °	Das Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob DNA-Profile aus mit Spermien verunreinigter gewaschener Kleidung gewonnen werden kann. Besteht eine signifikante Beeinflussung zwischen Samenablagerung von einem oder mehreren Individuen und einer	Hohe DNA-Mengen (6-18 µg), die zu den DNA-Profilen der Samenspender passen, wurden aus allen mit Sperma verschmutzten Kleidungsstücken gewonnen, die einmal gewaschen worden waren, unabhängig von den Waschbedingungen. Diese Mengen- und Profilqualität ging bei Mehrfachwäschen nicht signifikant zurück. Variable Mengen an DNA wurden innerhalb jeder Gruppe von Proben des gleichen Materials, der gleichen Waschtemperatur und des gleichen Waschmittels gewonnen. Für die Samenflecken auf Baumwoll-T-Shirts schien ein allgemeiner Trend einer	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Diese Studie zeigt, dass vollständige DNA-Profile von gewaschenen Samenflecken auf schuluniformartiger Kleidung mit einer achtmonatigen Verzögerungszeit zwischen Spermabeschichtung und Waschen erhalten werden können, trotz mehrfacher Waschungen und Flecken von zwei Samenspendern. Diese Daten betonen die Notwendigkeit, die Kleidung von Opfern für Sperma- und DNA-Beweise wiederzugewinnen und zu untersuchen, selbst wenn die Kleidung mehrere Monate lang gelagert oder mehrmals gewaschen wurde, nachdem die Sexualstraftat

			C erfolgte und danach erfolgte die DNA-Probengewinnung.	oder mehreren Waschungen der befleckten Kleidungsstücke.	verminderten DNA-Rückgewinnung beim Waschen mit biologischem Material im Vergleich zu nicht-biologischem Material zu bestehen, wobei die mittleren DNA-Mengen von 12,4 auf 6,9µg für 30ºC-Waschungen und von 18,5 bis 11,7 µg für 60 ° C-Waschungen.	stattgefunden hatte. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Insgesamt gut gemachte und nachvollziehbar kontrollierte Studie. Eine Randomisierung erfolgte nicht. Auch wenn nur wenige Kleidungsstücke untersucht wurden, so konnte der Nachweis von DNA an Kleidungsstücken auch nach langer Lagerung und mehreren Waschvorgängen gezeigt werden.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** GUTE DARGESTELT INTERVENTION UND VERGLEICH DER GRUPPEN **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Campbell, R et al. (2010). Anogenital injuries in childhood sexual abuse victims treated in a pediatric Forensic Nurse Examiner (FNE) program USA	Retrospektive Kohortenstudie	<u>Anzahl der Patienten</u> n= 203 (von initial 206) <u>Alter der Patienten</u> • Range von 4 Monaten bis 13 Jahre • Median = 6.9 Jahre <u>Geschlecht</u> • 85% weiblich • 15% männlich <u>Einschlusskriterien:</u> • Vorstellung aufgrund des Verdachtes auf einen sexuellen Übergriff/Missbrauch von	Sechs Krankenschwestern (FNEs*) absolvierten eine Ausbildung der International Association of Forensic Nurses für sexuelle Übergriffe/Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Ab Mai 2002 begann das Programm zur Behandlung von Patienten unter 13 Jahren mit sexuellen Übergriffen. Die FNEs* mussten entsprechende Untersuchungen und angemessene Spurensicherungen durchführen. Sie wurden durch erfahrene Praktiker (Pflegekraft oder Arzt) beaufsichtigt und legten	Prüfen des Vorhersagewertes von anogenitalen Verletzungen bei Verdacht auf sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) und gibt es andere beeinflussende Faktoren bei CSA. Andere Faktoren: • Patientencharakteristika • Charakteristika des Übergiffs (z. B. zur Penetration vaginal/anal/oral)	Prüfen des Vorhersagewertes von anogenitalen Verletzungen bei Verdacht auf sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) und gibt es andere beeinflussende Faktoren bei CSA. <u>Andere Faktoren:</u> • Patientencharakteristika • Charakteristika des Übergiffs (z. B. zur Penetration vaginal/anal/oral) • Verhalten nach dem Übergriff (z.B. Baden, Urinieren, Essen,…) • Zeitspanne zwischen Untersuchung Zeitpunkt des Übergriffes • Untersuchungsbefunde • Untersuchungsergabnisse von FNEs* im Vergleich zu ungeschultem Personal	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die klinische pädiatrische Praxis von einer zusätzlichen praktischen Schulung für die Erkennung von anogenitalen Verletzungen bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch profitieren würde, um falsch-positive Befund zu vermeiden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie beschreibt einen guten Ablaufplan und gibt detailliert Fragen und Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch an. Der Zusammenhang von Zeitpunkt der Untersuchung zum zurückliegenden

		Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt des Übergriffes unter 14 Jahre waren. • stattgehabte medizinisch-forensische Untersuchung auf Verdacht sexueller Missbrauch <u>Ausschlusskriterien:</u> • Drei Fälle wurden ausgeschlossen, da sich während der Untersuchung eindeutige Befunde fanden, die zeigten, dass kein Missbrauch stattgefunden hatte.	Prüfungen ab bis sie die Befähigung zur Untersuchung erhielten. Darüber hinaus wurden alle Kinder und Jugendlichen von einem Kinderarzt untersucht.	• Verhalten nach dem Übergriff (z.B. Baden, Urinieren, Essen,…) • Zeitspanne zwischen Untersuchung Zeitpunkt des Übergriffes • Untersuchungsbefunde • Untersuchungsergebnisse von FNEs* im Vergleich zu ungeschultem Personal	• Insgesamt hatten 39% der Fälle eine anogenitale Verletzung. • Opfer, die auf einen vermuteten vaginalen und / oder analen Übergriff untersucht wurden, hatten signifikant häufiger anogenitale Verletzungen • Patienten, die innerhalb von 24 Stunden nach einem Angriff untersucht wurden, hatten signifikant häufiger dokumentierte Verletzungen. • Patienten, die wegen vaginaler und / oder analer Übergriffe gesehen wurden und seit dem Übergriff gebadet hatten, hatten signifikant weniger Verletzungen. • Krankenschwestern, die weniger Erfahrung mit pädiatrischen forensischen Untersuchungen hatten, dokumentierten eher anogenitale Verletzungen. • Jüngere Opfer (unter 6 Jahren) hatten signifikant seltener Untersuchungen am selben Tag (2 [1, N = 203] = 8,96, p <0,05). • Kinder, die von Eltern oder anderen Betreuungspersonen angegriffen wurden auch mit geringerer Wahrscheinlichkeit sofort untersucht (χ2). [1, N = 203] = 3,13, p = 0,07). • Die Untersuchungen am selben Tag waren weitaus wahrscheinlicher mit der Erkennung von Anogenitalverletzungen verbunden.	Zeitpunkt eines Übergriffes ist gut dokumentiert. Es wurden die Untersuchungen aller Patienten ausgewertet. Nur die drei Patienten, bei denen die Befunde einen sicheren Ausschluss eines Missbrauches zuließen, wurden ausgeschlossen.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUTE AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

					• Die überwiegende Mehrheit dieser Untersuchungen am gleichen Tag wurde nach Stunden und / oder am Wochenende durchgeführt.	
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Crawford-Jakubiak, JE et al. (2017). Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault USA	Leitlinie	Anzahl der Literaturquellen n= 145 Einschlusskriterien: • Jugendliche Ausschlusskriterien: • Kinder	Auswertung von 145 Literaturangaben zu sexuellem Missbrauch von Jugendlichen zu folgenden Themen: Epidemiologie • Verwendung von Substanzen und bei sexuellen Übergriffen (toxikologische Untersuchungen, verwendete Substanzen, Wirkungen und Einfluss der Substanzen) • Sexuelle Übergriffe bei Jugendlichen mit Einschränkungen • Management bei sexuellen Übergriffen (Fragen, Vorgehen, Rechte, Diagnostik, Nachsorge, Prävention, psychische Gefahren)	Aktuelle Informationen und Empfehlungen für Ärzte zur Beurteilung von jugendlichen Sexualopfern.	Empfehlungen für Ärzte: 1. Es ist wichtig, vor der Sammlung von toxikologischen Proben eine Einverständniserklärung einzuholen, wenn möglich. (US-Justizministerium. Ein nationales Protokoll zur Untersuchung forensischer Untersuchungen bei sexuellen Übergriffen: Erwachsene/Jugendliche. 2. Aufl. Washington, DC: US-Justizministerium, Amt für Gewalt gegen Frauen; 2013). 2. Wenn Patienten eine psychoaktive Substanz eingenommen haben, muss die Bestätigung der Angaben des mutmaßlichen Übergriffes möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt mit den Patienten aufgrund ihrer vorübergehenden geistigen Beeinträchtigung überprüft werden. 3. Die forensische und toxikologische Probenentnahme sollte zeitnah und parallel erfolgen. 4. Wenn der Verdacht besteht, dass ein medikamentöser sexueller Übergriff (DFSA) vorliegt, selbst wenn das	*Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Mittlere bis gute Bewertung der Guideline, da nur wenig Evidenz vorliegt, wohl aber sortierte Empfehlung für Adoleszente zum Thema sexueller Missbrauch, entsprechender Diagnostik und auch im Umgang mit den Jugendlichen und Angehörigen und sortierten Empfehlungen für medizinisches Personal. Die Empfehlungen beziehen sich auf die amerikanische Rechtsgrundlage und die genannten Daten sind auf Amerika bezogen, sodass die Übertragung auf Deutschland zwar im Einzelfall möglich wäre (wie die Befragung der Adoleszenten), aber in der Gesamtheit nicht immer begründbar sind (wie z.B. die zahlen und Substanzen des drugfacilitated sexual assault (DFSA)). Eine Angleichung an Deutschland wäre aber denkbar (Rechtsgrundlage und Nachforschung der Datenlage in Deutschland).
EVIDENZLEVEL (NACH AGREE II): 45 %						**STÄRKEN:** AKTUELLE REFERNZEN **SCHWÄCHEN:** BEZOGEN AUF DAS AMERIKANSICHE RECHTSSYSTEM; NUTZUNG: ALS REFERENZ-LEITLNIE

					vermutete Medikament Alkohol sein könnte, ist es ideal, den ersten nach dem Überfall produzierten Urin zu sammeln. 5. Alle jugendlichen Sexualopfer sollten nach Symptomen befragt werden, die eine formale psychiatrische Beurteilung rechtfertigen würden, wie z. B. Gedanken zu Suizid, Mord oder zum Selbstwertgefühl. 6. Forensisch-medizinische Untersuchungen von sexuellen Übergriffen dürfen nur mit Zustimmung des Jugendlichen durchgeführt werden. Gesetz oder Eltern können diese Untersuchungen nicht "anordnen". Jugendliche dürfen niemals zu einer Untersuchung gezwungen werden.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Esernio-Jenssen, D et al. (2011). Nucleic Acid Amplification Testing in Suspected Child Sexual Abuse USA	Review	Anzahl der Studien n= 27 (von 1992 bis 2010) Alter der Patienten Präpubertäre und pubertäre Jungen und Mädchen Einschlusskriterien: • nicht festgelegt	Unsystematische Literaturangaben zu sexuelle übertragbaren Erkrankungen (STI*) und der Darstellung von Nucleic Acid Amplification Testing (NAAT*). • Vergleich der Untersuchungsmethoden (Kultur oder NAAT*) • Typen von NAAT* • Verwendung von NAAT* bei Kindern • NAAT* und STI*	Evaluation von NAAT*s im Vergleich zur Kultur bei Nachweis sexuelle übertragbarer Erkrankungen bei Kindern mit V.a. sexuellen Missbrauch	Vergleich der Untersuchungsmethoden (Kultur oder NAAT*) • NAAT*s können entweder durch vaginalen Abstrich oder Urin als Nachweis von C.trachomatis (CG*) bei Mädchen verwendet werden (CDC, 2010) • Da Kulturmethoden für C.trachomatis nicht standardisiert sind, kann es Schwankungen zwischen den Laborergebnissen geben (Hammerschlag, 2001)	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die klinische Praxis erfordert, dass Sensitivität und Spezifität, Kosten-Nutzen, Patientenkomfort und Zeiteinschränkungen in die Entscheidungen bezüglich der Auswahl von Diagnosetests einbezogen werden. Ein vernünftiger Ansatz für „den nicht-akuten sexuellen Missbrauch“ könnte sein, ortsspezifische Proben (Mundbereich, Urin, Genital- oder Analbereich) für den Nachweis von sexuell übertragbaren

		Ausschlusskriterien: • nicht festgelegt	Die Ausführungen werden durch die damals aktuelle Leitlinie der The Centers for Disease Control and Prevention von 2010 (CDC, 2010*) gestützt.		• NAAT*s werden jetzt routinemäßig für die Detektion von N.gonorhoeae (GC*) und C.trachomatis bei Jugendlichen und Erwachsene in der Primärversorgung bei STI* verwendet (Falk, Coble, Mjornberg, u. Fredlund, 2010; Fang, Husman, DeSilva, Chang & Peralta, 2008; Holland-Hall, Wiesenfeld u. Murray, 2002; Marrazzo et al., 1997) Typen von NAAT* • Es gibt derzeit drei Arten von NAAT*s, zwei DNA-Amplifikationstests und einen RNA-Assay • Sie sind kommerziell verfügbar für die gleichzeitige Erkennung von GC und CT: PCR (Amplicor; Roche Molekulardiagnostik), SDA (ProbeTec; Becton Dickinson) und TMA (Aptima C2; GenProbe). Verwendung von NAAT* bei Kindern • Obwohl der Urin NAAT* nicht so empfindlich wie der vaginale NAAT* war, war er der Kultur für CT* überlegen • Die Verwendung von NAAT*s erhöhte den Nachweis von CT und GC bei Kindern um 33% (Black et al., 2009) • Die CDC hat kürzlich festgestellt, dass nach US-amerikanischem Recht einzelne Laboratorien oder Laboratorien Laboruntersuchungen für extra-	Krankheiten durch NAAT bei jedem asymptomatischen präpubertären Kind, das einen sexuellen Kontakt angibt, und für ein Kind, für das ein sexueller Kontakt hochverdächtig durch einen andern mit CT oder GC Infizierten. Bei präpubertären Kindern mit angegebenen Missbrauch und Genitalausfluss können sowohl Kulturen als auch Urin und Genitalproben für NAATs entnommen werden. Alle positiven NAATs sollten durch einen zusätzlichen kommerziell erhältlichen NAAT und / oder Kultur bestätigt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Ein gutes Review, dass trotz fehlender systematischer Suche relevante Studien zur Diagnostik anhand von Nucleic Acid Amplification Testing bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei präpubertären und pubertären Kindern aufzeigt. Es werden die Hauptaussagen der Studien anschaulich zusammengefasst und im Context kommentiert. Eine Bewertung der einzelnen Studien erfolgt nicht.
EVIDENZLEVEL 4						**STÄRKEN:** NUTZUNG AKTUELLER EVIDENZ **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENNBAR

					genitale Gonorrhoe oder Chlamydien anbieten können, wenn eine "interne Validierung der Methode durch eine Verifizierungsstudie" durchgeführt wird (Klausner et al., 2009) <u>NAAT* und STI*</u> • Obwohl Herpes genitalis bei einem präpubertären Kind die Möglichkeit auf einen sexuellen Missbrauchs erhöht, ist die Prävalenz des Herpes-simplex-Virus Typ 2 (HSV-2) niedrig (Kellogg et al., 2005; Reading & Rann-an-Eliya, 2007; Singh, Preiksaitis, Ferenczy , & Romanowski, 2005). Es wird derzeit empfohlen, herpesverdächtige Läsionen aus dem Anogenitalbereich mit einer Kultur zu bestätigen (CDC, 2010)	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Girardet, R et al. (2009). Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault USA	Retrospektive Kohorten-studie	<u>Anzahl der Patienten</u> n= 277 <u>Alter der Patienten</u> 153/277 (55%) waren jünger als 10 Jahre <u>Gender:</u> 228 weiblich (82%) 49 männlich (18%) <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder ≤ 13 Jahre und einem forensichen As-	Die Daten wurden aus einer retrospektiven Datenprüfung von Fallinformationen und Laborergebnissen aus den forensischen Asservierungskits abgeleitet, die von Kindern bis 13 Jahren gesammelt wurden. Alle Kits von Kindern bis 13 Jahren, die zwischen dem 1. Januar 2007 und dem 31. Dezember 2008 im Labor untersucht und analysiert wurden. Diese Studie wurde gemeinsam	Bestimmung der Zeitspanne nach einem sexuellen Übergriff bei einem Kind, in dem ein DNA-Nachweis evident ist.	Die Überprüfung der forensischen Laborergebnisse, einschließlich der DNA-Amplifikation, deutet darauf hin, dass die Sammlung von Körperabstrichen von Kindern, die älter als 24 Stunden nach einem Übergriff sind, Nachweise erbringen können. Die meisten Kinder mit positiven Laborbefunden haben unauffällige körperliche Befunde.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Spurensuche am Körper des Kinds sollte auch nach über 24 Stunden nach dem Übergriff hinaus durchgeführt werden, auch wenn die Befunde begrenzt sind. Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung sind kein Vorhersagewert für forensische Labortests. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Es werden retrospektiv die Daten von Kindern mit V.a. sexuellen Missbrauch in Hinblick auf positive Ergebnisse und

		servierungskit bei V.a. sexuellen Missbrauch Ausschlusskriterien: • unzureichende Daten für die Analyse • Kinder > 13 Jahre	von Kinderärzten/Innen und von Mitarbeitenden der Polizei durchgeführt.			genaue zeitliche Vorstellung zum angegebenen Übergriff verglichen. Die Daten sind verwertbar.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUTE ENDPUNKTAUSWERTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Girardet, R et al. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault USA	Retrospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten Von n= 543 Kinder wurden n= 536 Kinder eingeschlossen Alter der Patienten in Jahren • 0–2: n=33 (6.2%) • 3–6: n=168 (31.3%) • 7–10: n=170 (31.7%) • 11–13: n=165 (30.8%) Geschlecht: Weibl.: n=485 (90.5%) Männl.: n=51 (9,5%) Einschlusskriterien: • Kinder im Alter von 0 bis 13 Jahren evaluiert bewertet für sexuellen Missbrauch/Viktimisierung • Mädchen	Kinder im Alter von 0 bis 13 Jahren, die im Rahmen sexueller Viktimisierung auf sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersucht wurden. Die Vorstellung der Kinder erfolgte an 4 US-amerikanischen Referenzzentren (New York, Georgia, Pennsylvania und Texas in der Zeit von Januar 2000 bis September 2004. Probenentnahme: • Kulturen auf N. gonorrhoea und C.trachomatis • Nasslagerungen zum Nachweis von T. vaginalis • serologische Tests für Syphilis und HIV. Nukleinsäure-Amplifikationstests für C. trachomatis und N. gonorrhoeae und serologische Tests für	Das Ziel dieser Studie war es, die Epidemiologie von Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Treponema pallidum, HIV und Herpes Simplex Virus Typ 2 (HSV-2) Infektion durch Kultur oder durch serologische oder mikroskopische Tests und durch Nukleinsäure Amplifikationstests bei Kindern mit sexueller Viktimisierung zu untersuchen.	Von 536 der Kinder waren 485 weiblich: Insgesamt hatten 40 (8,2%) von 485 Mädchen eine STI mit Nachweis von: • C. trachomatis bei 15 (3,1%) Mädchen • N. gonorrhoeae bei 16 (3,3%) Mädchen • T vaginalis wurde bei 5 (5,9%) von 85 Mädchen mit nassen Abstrich • positiven serologischen Screening auf Syphilis bei 1 (0,3%) von 384 Kindern • keine serologischen Anzeichen für HIV-Infektion bei 384 • Von 12 Mädchen, die eine Probe für HSV-2-Kultur hatten, hatten 5 (41,7%) ein positives Ergebnis; 7 (2,5%) von 283 wiesen Antikörper auf eine HSV-2-Infektion hin. Die meisten Mädchen (27 [67,5%]) mit einem bestätigten STI hatten normale oder unspezifische Befunde bei der anogenitalen Untersuchung.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Prävalenz von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) bei sexuell belästigten Kindern beträgt 10%, selbst wenn hochsensitive Nachweismethoden verwendet werden. Die meisten Kinder mit STI haben bei der körperlichen Untersuchung normale oder unspezifische Befunde. Frühere Berichte über STI bei missbrauchten Kindern haben eine niedrigere Prävalenz, möglicherweise aufgrund eingeschränkterer Laborleistungen und -en. Diese Studie beschreibt eine multizentrische Untersuchung von Patienten mit sexuellem Missbrauch zum Nachweis von STI und nutzt dafür sowohl Standarddiagnostikverfahren als auch Nukleinamplifikationstest verwendet werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nachvollziehbare, gut gemachte retrospektive Studie.

EVIDENZLEVEL 2+		• nur am Standort Georgia konnten Jungen und Mädchen teilnehmen • freiwillige Teilnahme an der Studie Ausschlusskriterien: • Kinder ohne Testung auf STI nach den aktuellen Richtlinien • Jugendliche von 13 Jahren, die bereits einvernehmlichen Geschlechtsverkehr haben	HSV-2 wurden blind gegenüber der anderen Untersuchungen durchgeführt.		Von 536 der Kinder waren 51 männlich: Insgesamt hatte kein Junge eine STI.	**STÄRKEN:** GUTE ENDPUNKTAUSWERTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Heger, A et al. (2002). Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. USA	Prospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten n = 2384 Kinder (Von den 2742 Kindern aller Altersgruppen wurden 358 nur von medizinischen Fachkräften in der Notaufnahme untersucht und von dieser Studie ausgeschlossen.) Alter der Patienten Kinder im Alter von 3 Monaten bis 14 Jahren. Das mittlere Alter für Mädchen betrug 6,9 Jahre gegenüber 5,5 Jahren für die Jungen.	2384 Kinder wurden anhand interner Protokolle nach nationalem Standard bei CSA* (American Professional Society über den Missbrauch von Kindern, 1990) untersucht. Die Befragung und Untersuchungen erfolgten durch einen Mediziner, Sozialarbeiter und Mitarbeiter des hausinternen Kinderschutzteams und beinhaltetet u.a. (demographische Informationen, Anamnese, Details zur Offenlegung, Täterverhältnis, Art und Dauer des Missbrauchs sowie Kolposkopie zur Dokumentation der medizinischen Befunde). Eltern oder Erziehungsberech-	Bestimmung der Evidenz für Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*).	Es wurden 2384 Kinder bei Verdacht auf CSA* untersucht. Die Vorstellungsgründe waren Verhaltensänderungen, CSA* in der Umgebung oder mögliche sexuelle übertragbare Erkrankungen Insgesamt 96,3% aller zur Beurteilung überwiesenen Kinder hatten eine unauffällige medizinische Untersuchung; 95,6% der Kinder, die einen Missbrauch angaben, hatten unauffällige Befunde, 99,8% derjenigen, die wegen Verhaltensänderungen oder Missbrauch in der Umgebung zugewiesen wurden, hatten ebenfalls unauffällige Befunde. Von den 182 überwiesenen Kindern wurden 92% zum Zeitpunkt der Untersuchung durch das Child Advocacy	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Studien zeigen, dass sich medizinische, soziale und juristische Fachkräfte bei der Diagnose von sexuellem Kindesmissbrauch zu sehr auf die medizinische Untersuchung verlassen haben. Die Geschichte des Kindes bleibt das wichtigste diagnostische Merkmal, um zu dem Schluss zu kommen, dass ein Kind sexuell missbraucht wurde. Nur 4% aller Kinder, die zur medizinischen Beurteilung sexuellen Missbrauchs überwiesen wurden, hatten zum Zeitpunkt der Bewertung auffällige Befunde. Sogar mit einer Geschichte von schwerem Missbrauch wie vaginale oder anale Penetration, beträgt die Rate von auffälligen Befunden nur

		Einschlusskriterien: • Kinder mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch (CSA*), die sich in der pädiatrischen Notaufnahme und dem krankenhausinterne Child Advocacy Center vorstellten Ausschlusskriterien: • Kinder, die nur von medizinischen Personal in der Notaufnahme bewertet wurden	tigte willigten schriftlich ein und jedes Kind über 3 Jahren willigte mündlich ein. Es nahmen zwei Kinderärztinnen an der Studie teil, die den Eltern und Kindern den Untersuchungsablauf und die Anwendung des Kolposkops vorstellten. Jede Person wurde in Rückenlage und Traktion der Labien untersucht. Einige Mädchen wurden in der Knie-Brust-Position untersucht, wenn der hintere Rand des Hymens nicht ausreichend einsehbar war. Auffällige Befunde schlossen ein akutes Trauma, Durchtrennungen des Hymens, Vernarbungen, sexuell übertragbare Krankheiten oder ein positiver Forensikbefunde ein. Als unspezifische Befunde galten Kerben, Verengungen, Veränderungen der Hymenalöffnung oder der Analtonus. Eine Penetration von Anus oder Vagina wurde als eine schwerwiegende Anamnese eingestuft. Kinder mit Auffälligkeiten der Anamnese oder auffälligen Befunden wurden im Team geprüft.		Center als unauffällig befundet. Die verbleibenden 15/182 (8%)hatten auffällige Befunde wie: sexuell übertragbaren Krankheiten, akute oder geheilte genitale Verletzungen. 17% (15/88) der auffälligen Befunde wurden mit einem Missbrauch assoziiert. Befragungen der Kinder zeigten, dass 68% der Mädchen und 70% der Jungen von schwerem Missbrauch berichteten, definiert als Penetration von Vagina oder Anus. Die Penetration war bei Mädchen mit einem höheren Prozentsatz an auffälligen Befunden assoziiert (6%) im Vergleich zu 1% bei den Jungen. Die Beziehung des Täters beeinflusste die Schwere (bezogen auf die Penetration) des Missbrauchs.	5,5%. Bei dieser Studie waren bei schwerem Missbrauch die Täter weniger die biologischen Eltern, sondern waren Elternersatz, Großfamilie oder Fremde. Jahrzehntelange Forschungen zur medizinischen Diagnose von sexuellem Kindesmissbrauch weisen darauf hin, dass die meisten Kinder häufig keine medizinischen Befunde bei penetrierendem Trauma haben. Dieser Befund wird in der Studie bestätigt (von 2384 Fällen haben nur 4% aller Kinder mit Missbrauch auffällige Befunde). Diese Befunde waren in erster Linie akute Verletzungen, sexuell übertragbare Krankheiten, positive Forensik oder genitale Narben. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Prospektive Studie mit einer detaillierten Darstellung eines klinischen Untersuchungsalgorithmus bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Der Fokus liegt auf der klinischen Untersuchung. Inwieweit die Diagnose Missbrauch bestätigt wird, ist nicht schlüssig. Eine Bestätigung, dass nur bei wenigen Kindern mit Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch eine körperliche Bestätigung nachgewiesen werden kann, ist nachvollziehbar. Das größte Dilemma der Studie ist jedoch, dass der Zeitraum zwischen dem Ereignis und der Untersuchung nicht weiter beschrieben ist. Hieraus resultieren mit hoher Wahr-

						scheinlichkeit die Unterschiede zu den anderen bewerteten Untersuchungen dieser Art. Die Bewertung mit minus bedeutet, dass die Gutachterinnen davon ausgehen, dass ein hohes Risiko besteht, dass die ermittelten Ergebnisse nicht den tatsächlichen Befunden entsprechen.
EVIDENZLEVEL 2-						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** ENDPUNKTAUSWERTUNG IST LÜCKENHAFT
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Hobbs, CJ & Wright, CM. (2014). Anal signs of child sexual abuse: a case-control study UK	Retrospektive nicht-randomisierte Fall-kontroll-studie	<u>Anzahl der Patienten</u> n= 184 (Fallgruppe) n= 179 (Kontrollgruppe) <u>Alter der Patienten</u> • Fallgruppe: Durchschnittsalter 98,5 Monate (Bereich 26 bis 179) • Kontrollgruppe: Durchschnittsalter 83,7 Monate (Bereich 35-193) <u>Geschlecht:</u> • Fallgruppe: 105 Jungen, 79 Mädchen • Kontrollgruppe: 94 Jungen, 85 Mädchen	Vergleich der körperlichen Befunde von Kindern mit V.a. sexuellen Missbrauch (Fallgruppe) und Kindern mit V.a. Misshandlung/Vernachlässigung ohne sexuellen Missbrauch (Kontrollgruppe)	Die Studie untersucht körperliche Befunde bei Kindern mit und ohne eine angegebene Geschichte für analen Missbrauch.	Von den Kindern mit angegebenem analen Missbrauch hatten 136 (74%) ein oder mehrere Anzeichen, die bei analem Missbrauch beschrieben werden; davon hatten 79 (43%) Kinder mehr als ein Zeichen. In der Kontrollgruppe hatten nur 29 (16%) Kinder, davon hatten nur 2 Kinder mehr als 1 Zeichen. Die einzelnen Zeichen waren: •Reflex Anal Dilatation (RAD): 22% in der Fallgruppe und <1% in der Kontrollgruppe •venöse Stauungen: 36% in der Fallgruppe und <1% der Kontrollgruppe •Analfissur in 14% der Fallgruppe und 1,1% Kontrollgruppe •anal Lockerung in 27% der Fallgrup-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Analbefunde sind häufiger bei Kindern mit angegebenem Missbrauch, als bei denen, die körperlich misshandelt oder vernachlässigt wurden ohne Angabe eines sexuellen Missbrauchs. Vielfache Zeichen sind selten und unterstützen die Angaben eines analen Missbrauchs. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: In dieser Studie erfolgte keine Randomisierung. Die Studie ist ansonsten gut gemacht. Es wird leider nicht beschrieben, wie die Untersuchungen bei den Kindern ohne Angaben von analem Missbrauch untersucht worden sind. Die Ergebnisse werden in Bezug zu den Ergebnissen der Studien analer Zeichen

		Einschlusskriterien: • für Fallgruppe: alle Kinderfälle von 1990 bis 2007, in denen Missbrauch in einer pädiatrischen forensischen Abteilung angegeben wurde • für Kontrollgruppe: alle Kinderfälle von 1998 bis 2007, in denen eine mögliche körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung ohne erkennbare Besorgnis für einen sexuellen Missbrauch untersucht wurde Ausschlusskriterien: • nicht angegeben			pe und 3% Kontrollgruppe. Diese Zeichen wurden bis zu 6 Monate nach dem angegebenen Übergriff beobachtet. Andere Zeichen, die signifikant häufiger bei der fallgruppe beobachtet wurden, waren Analfaltenveränderungen, Schwellungen und Zuckungen. Erytheme, Schwellungen und Faltenveränderungen. Diese Zeichen wurden am häufigsten innerhalb von 7 Tagen nach dem angegebenen Übergriff beobachtet.	bei sexuellem Missbrauch des Review des RCPCH gestellt.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** Auswrtung im Vergleich zum Systematic Review **Schwächen:** Selection bias: für beide Gruppen wurde nicht die selben Exklusionskriterien verwendet

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Hornor, G et al. (2012). Pediatric sexual assault nurse examiner care: Trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes	Unkontrollierte nichtrandomisierte Interventionsstudie	Anzahl der Patienten n= 464 Einschluss-kriterien: • Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die eine forensische Untersuchung in der Zeit von Januar 2004 bis Dezem-	Intervention: Einführen einer pflegerischen Fachkraft bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch = pediatric sexual assault nurse examiners (P-SANEs*) • Überprüfung des SANE-Programm als Pretestung (2004-2005)- und Posttestung (2006-2007).	Überprüfung der Qualität in pädiatrischen Notaufnahme (PED) vor und nach der Einführung einer geschulten Pflegekraft für sexuellen Kindesmissbrauch (P-SANE-s*) in	Der Nachweis und die Dokumentation der anogenitalen Verletzung, die Auswertung und Dokumentation des Schwangerschaftsstatus sowie die Untersuchung auf N. Gonorrhoe und C. trachomatis wurden seit der Einführung des P-SANE-Programms im Vergleich zu den vorherigen Abläufen signifikant verbessert.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Hinzufügung eines P-SANE zum Team der Notfallabteilung (ED) verbesserte die Qualität der Betreuung von Kindern / Jugendlichen, die Opfer von akutem sexuellen Missbrauch/Körperverletzung wurden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*:

USA		ber 2007 erhielten • Kinder und Jugendliche zwischen 1 und 20 Jahren <u>Ausschluss-kriterien:</u> • fehlende Untersuchung	• Retrospektive Datenerhebung in der Zeit von Januar 2004 bis Dezember 2007 bei Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missrbauch. Die Datenerhebung umfasste Folgendes: <u>Medizinische Daten</u> 1. Geschichte des sexuellen Missbrauchs/Übergriffs. 2. Anogenitale Untersuchung und das Vorhandensein von anogenitalen oder anderen Verletzungen. 3. STI und Schwangerschaftstest 4. Medizinischer Versorgung (nur Kinderarzt vs. P-SANE* und Kinderarzt) 5. Opferalter 6. Täteralter 7. Zeit zwischen Missbrauch/Übergriff und Untersuchung 8. Baden seit Missbrauch/Übergriff 9. Kleiderwechsel seit Missbrauch/Übergriff <u>Rechtliche Daten</u> 1. Ergebnisse des forensischen Beweissets (Vorhandensein von Sperma, Amylase oder Blut)	Bezug auf Spurensicherung, rechtlichen und medizinischen Datenerhebungen.		Eine Auswertung, inwieweit ein Programm mit ausgebildeten Pflegpersonal zur Diagnostilk sexueller Missbrauch effektiver ist als die Diagnostik sexueller Missbrauch ist aus den Daten nur schwer zu erheben. Geht man aber davon aus, dass es sich immer um Patienten mit Vorstellung eines akuten sexuellen Übergriffes handelt, kann man eine Aussage treffen, das prozentual gesehen, bei den Patienten mit speziellen Team eine Durchführung eines Schwangerschaftstestes und die Testung auf N. gonorrhea und C. trachomatis erfolgte. Ein anderer Vergleich der Gruppen (Pre und Post SANE-Gruppe) ist nicht möglich.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTERVENTION **SCHWÄCHEN:** Selection bias: Teilnahme der Patineten nicht klar beschrieben

			2. Strafverfolgungsergebnisse			
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Joki-Erkkila, M et al. (2016). Urine specimen collection following consensual intercourse - A forensic evidence collection method for Y-DNA and spermatozoa Finnland	Prospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten n= 88 Frauen Alter der Patienten 20-52 Jahre (Median Alter 26.5 Jahre) Einschlusskriterien: • Frauen, die einvernehmlichem vaginalen Geschlechtsverkehr hatten. Ausschlusskriterien: • Missverständnisse beim Ausfüllen des Studieninformationsformulars	Analyse der Urinproben der Frauen nach erfolgtem Geschlechtsverkehr am Vortag von Mai 2008 bis Dezember 2009. Zum Nachweis von Y-chromosomalem Material (Y-DNA*) wurde das Buccal Swab Spin Protocol® bei der DNA-Extraktion und -Reinigung verwendet und die Proben wurden mit dem Quantifiler Y Human Male DNA Quantifizierungskit® analysiert. Der Zeitrahmen für positive Y-DNA wurde bewertet. Sofortige Mikroskopie zum Nachweis von Spermatozoen wurde durchgeführt.	Postkoitale Urinanalysen auf: • DNA-Extraktion und Quantifizierung • Mikroskopische Analyse •Kontaminationsprobleme	Die Studie besteht aus 205 Urinproben von 88 teilnehmenden Frauen. Es wurde keine Assoziation zwischen Urinvolumen, Urin-pH und Messungen Y-DNA* gefunden. Y-DNA* wurde in 173/205 (84,4%) Urinproben nachgewiesen. Von den 86 ersten postkoitale Urinproben wurde Y-DNA in 83 (96,5%) Proben nachgewiesen. Von den 119 Urinproben von Probanden mit postkoitalen Aktivitäten war Y-DNA* in 70 (58,8%) Urinproben noch meßbar. Die Menge der Y-DNA* war unter 0,023 ng / ml in 28/153 (18,3%) der Urinproben. Von den 111 Urinproben, bei denen die Sofortmikroskopie durchgeführt wurde, wurden in 66 (59,5%) Proben Spermatozoen nachgewiesen und eine Probe enthielt sogar bewegliche Spermatozoen. Die Mikroskopie zeigte 66 (67,3%) und konnte keine Spermatozoen in 32 (32,7%) der Y-DNA-positiven Proben nachweisen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Zusätzlich zu den herkömmlichen invasiven Abstrichtechniken scheinen Urinproben innerhalb von 24 Stunden nach der penilvaginalen Penetration eine wirksame biologische Spurensuchmethode für Y-DNA und Spermatozoen zu sein. Darüber hinaus kann es als nicht-invasive Untersuchungsmethode bei akuten Verdachtsfällen von sexuellem Kindesmissbrauch angesehen werden, um die Zeitverzögerung bei der Sammlung von forensischen Beweisen zu verringern und die Patienten positiv gegenüber einer Beweissammlung zu stimmen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachte prospektive Studie.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** eindeutige beschrieben Intervention und Auswertung **Schwächen:** Untersuchungsergebniss beziehen sich auf Erwachsene
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Kellogg, ND.	Leitlinie	Anzahl der Literaturquel-	Bewertung der Literaturquellen	Evaluation von	Die meisten Kinder zeigen irgend-	*Schlussfolgerung der Autorin-*

(2009). Clinical report--the evaluation of sexual behaviors in children USA		len n= 25 Alter der Patienten Kinder von 2 bis 12 Jahren Einschlusskriterien: • Literatur für Kinder von 2 bis 12 Jahren Ausschlusskriterien: • keine	und Formulierung von Empfehlungen vom Ausschuss für Kindesmissbrauch und Vernachlässigung von 2008 bis 2009, bestehend aus 7 benannten Mitgliedern. Die Leitlinie steht in Bezug zur American Academy of Child and Adolescent Psychiatry und dem Centers for Disease Control and Prevention.	sexuellem Verhalten bei Kindern	wann in der Kindheit ein sexuelles Verhalten. Diese Verhaltensweisen können normal sein, können aber für Eltern oder andere verwirrend und störend sein. Die meisten Situationen, in denen es um das sexuelle Verhalten von Kleinkindern geht, erfordern keine Kinderschutzmaßnahmen. Für Verhaltensweisen, die altersgemäß und vorübergehend sind, kann der Kinderarzt eine Erklärung geben. Die Unterscheidung von normalem sexuellen Verhalten zu sexuellen Verhaltensauffälligkeiten erfolgt nach: • sexuellem Verhaltenstypen und dem Alter • Faktoren, die die Häufigkeit und Art des sexuellen Verhaltens beeinflussen (wie z.B. Umgebungen, in denen Sexualität offener gehandhabt wird; familiäre Dysfunktion und Stress; Kinder mit Entwicklungsstörungen) • Missbrauch und Vernachlässigung • Komorbide Diagnosen • Klinische Beurteilung und Behandlung • Elterliche Anleitung	*nen/Autoren der Studie*: Viele sexuelle Verhaltensweisen bei Kindern sind entwicklungsbedingt erklärbar und verschwinden wieder. Sie treten während der Entwicklung auf: aus Neugier, zum Austesten zwischenmenschlicher Grenzen, was dann auch situationsbedingte Faktoren einschließt, die ein solches Verhalten hervorrufen. Sexuelle Verhaltensweisen, die anhaltend aufdringlich, zwanghaft, entwicklungsabnormal oder verdächtig auf Missbrauch sind, sind mit zahlreichen situativen und familiären Faktoren verbunden und können einen sexuellem Missbrauch, körperliche Misshandlung und Vernachlässigung einschließen. Sexueller Missbrauch ist eine häufige, aber nicht ausschließliche Erfahrung bei Kindern mit sexuellen Verhaltensproblemen. Sobald Probleme im Zusammenhang mit sexuellen Verhaltensweisen identifiziert werden, können eine sorgfältige Beurteilung des familiären Verhaltens und der häuslichen Umgebung die zugrunde liegenden Ursachen und beitragenden Faktoren zur Klärung beitragen. Der klinische Ansatz für Kinder mit sexuellen Verhaltensauffälligkeiten beinhaltet eine Bandbreite an Reaktionen: Toleranz und Verständnis, elterliche Neuausrichtung, weitere Beurteilung durch einen Psychiater oder auch eine Weiterleitung an ein Kinderschutzteam, wenn der Verdacht auf einen

						Missbrauch oder Vernachlässigung besteht. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Leitlinie ist schlüssig und behandelt in einzelnen kurzen Aspekten die Thematik „Sexuelles Verhalten bei Kindern“. Eingeschlossen sind die Altersgruppe von 2 bis 12 Jahren und es werden einzelne Fallserien und Studien eingeschlossen. Eine systematische Suche erfolgte nicht.
EVIDENZLEVEL (NACH AGREE II): 43 %						**STÄRKEN:** OUTCOME IST EINDEUTIG BESCHRIEBEN **SCHWÄCHEN:** GERINGE STUDIENEVIDENZ Nutzung: Referenz-Leitlinie
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Killough, E et al. (2016). Diagnostic agreement when comparing still and video imaging for the medical evaluation of child sexual abuse USA	Studie	Anzahl der Teilnehmer: n= 116 Einschlusskriterien: • die Teilnehmer sind Mediziner mit Erfahrung in sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) Ausschlusskriterien: • keine reguläre Durchführung von kindergynäkologischen Untersuchungen und Befundungen	Einschlusskriterien: • die Teilnehmer sind Mediziner mit Erfahrung in sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) Ausschlusskriterien: • keine reguläre Durchführung von kindergynäkologischen Untersuchungen und Befundungen	Einschlusskriterien: • die Teilnehmer sind Mediziner mit Erfahrung in sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) Ausschlusskriterien: • keine reguläre Durchführung von kindergynäkologischen Untersuchungen und Befundungen	• Die Teilnehmerdiagnose stimmte bei der Verwendung von Videoaufnahmen eher mit der Diagnose des Studienzentrums überein (p <0,01) • Die Verwendung von Videoaufnahmen führte in vier von acht Fällen zu einer Änderung der Diagnose In zwei Fällen änderte sich die Diagnose von einer Hymenal-Transektion zu einer Transektion • Es wurde kein Unterschied in der Übereinstimmung aufgrund von Erfahrung oder Fachwissen gefunden • Die Verwendung von Video- und Standbildern führte zu einer verstärk-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Weitere Studien sind erforderlich, da Videoaufnahmen eine erhebliche Auswirkung auf die Diagnose haben können. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Insgesamt guter Studienansatz ohne Randomisierung, ohne Verblindung und ohne Kontrollgruppe.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** GUT BESCHRIEBENE INTEVENTION **SCHWÄCHEN:** keine Randomisierung, keine Verblindung und keine Kon-

					ten Übereinstimmung mit dem ursprünglichen Prüfer und zur Änderungen der Diagnose	trollgruppe.
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
McCann, J et al. (2007). Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls. A descriptive study. USA	Retrospektive Kohortenstudie	<u>Anzahl der Mädchen</u> n= 239 <u>Alter der Mädchen</u> 4 Monate bis 18 Jahre • 113 präpubertär • 126 pubertär <u>Einschlusskriterien:</u> • Patientinnen bis zum 17. Lebensjahr mit einer Hymenalverletzung • Fotodokumentation der Verletzung und eine Verlaufsuntersuchung musste vorliegen <u>Ausschlusskriterien:</u> • männlich • keine Genitalverletzung	Die Patientinnen wurden aus verschiedenen medizinischen Zentren der USA rekrutiert. Die Teilnehmer wurden gebeten, sachdienliche medizinische Informationen und Fotos von allen weiblichen Kindern oder Jugendlichen zu liefern, die kürzlich eine Hymenalverletzung aus irgendeinem Grund erlitten hatten. Zusätzlich wurden die Verlaufsaufnahmen mit Befunden erbeten zur Darstellung des Heilungsverlaufes. Ein Standard zur Beschreibung der Arten von Genitalverletzungen bestand (z.B. "mittlere" oder "tiefe" Wunden). Der Zeitraum zwischen dem Erst- und Verlaufsbefund war unterschiedlich. Es erfolgte eine verblindete Überprüfung der Befunde von 10% 10% (n 25) als Stichprobe, um die Zuverlässigkeit der Befunde durch die Zentren zu	Ziel der Studie war die Darstellung des Heilungsprozesses von Hymenalverletzungen bei präpubertären und jugendlichen Mädchen zu identifizieren.	<u>113 präpubertäre Mädchen (47%)</u> • 21 akzidentell oder nicht zugefügte Verletzung • 73 durch Missbrauch • 19 “unklarer Verletzungsgrund” <u>126 Jugendliche (53%)</u> Alle 126 pubertären Jugendlichen waren Opfer eines sexuellen Übergriffes. • Der Zeitraum zwischen der Verletzung und der ersten Untersuchung reichte von 1 Stunde bis zu 3 Tagen. Die durchschnittliche Zeit zwischen Verletzung und der ersten Untersuchung betrug 24 Stunden. • In keiner Gruppe von Mädchen wurde eine Narbenbildung beobachtet. • Die Hymenalverletzungen heilten unterschiedlich schnell und zeigten bis auf die tieferen Schnittwunden keine Hinweise auf das vorherige Trauma. Abschürfungen und "leichte" submuköse Blutungen verschwanden innerhalb von 3 bis 4 Tagen, während "markierte" Blutungen 11 bis 15 Tage	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Hymenalverletzungen heilten rasch ab und bis auf die ausgedehnteren Wunden blieben keine Anzeichen einer früheren Verletzung zurück. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Heilungsprozess der zwei Gruppen von Mädchen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nachvollziehbare Studie mit Einteilung der Gruppen der Mädchen in präpubertär und pubertär. In der Gruppe der pubertären adoleszenten Mädchen handelt es sich nur um Verletzungen nach sexuellem Übergriff, wohingegen beider Gruppe der präpubertären Mädchen auch Verletzungen anderer Ursachen einbezogen werden. Die Ergebnisse sind in Hinblick auf den zeitlichen Heilungsverlauf von Verletzungen verwertbar.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** Einteilung der Patientengruppe nac dem Alter **Schwächen:** nicht erkennbar

			prüfen.		zu sehen waren. Nur Petechien und Blutblasen erwiesen sich als "Marker" zur Bestimmung des ungefähren Alters einer Verletzung. Petechien lösten sich innerhalb von 48 Stunden bei den präpubertären Mädchen und 72 Stunden bei den Jugendlichen auf. • Eine Blutblase und ihre Veränderungen wurde noch nach 34 Tagen bei einer Jugendlichen festgestellt. •Von den Mädchen, die "oberflächliche", "mittlere" oder "tiefe" Wunden erlitten, hatten 15 von 18 präpubertären Mädchen glatte und durchgehend erscheinende Hymenalränder, wohingegen 24 von 41 Heranwachsenden ein normales, "gezacktes" Aussehen hatten und 30 von 34 hatten keine Unterbrechung der Kontinuität. Die endgültige "Breite" eines Hymenalrandes war abhängig von der initialen Tiefe der Lazeration.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Myhre, AK et al. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual	Retrospektive nicht-randomisierte Fallkontrollstudie	Anzahl der Patienten n= 1115 (von 1231 Fällen wurden 116 Fälle aufgrund schlechter Fotos und Dokumentation ausgeschlossen) • hohe Wahrscheinlichkeit für anale Penetration: n=198/1115	• retrospektive verblindete Überprüfung von CSA-Fällen, die in zwei Gruppen eingeteilt wurden (niedrige und hohe Wahrscheinlichkeit einer analen Penetration) • Die Auswertung der körperlichen Befunde (Fotos) erfolgte ohne Kenntnis anderer Befunde (Anamnese des Kindes).	Das Ziel der Studie ist es, anogenitale Befunde von Kindern mit und ohne Analpenetration zu vergleichen.	198 Kinder (17,8%) wurden der Analpenetrationsgruppe zugeordnet. Die Analyse zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen folgenden Befunden und der Wahrscheinlichkeit einer Analpenetration: Analverschmutzung (p = 0,046), Fissur (p = 0,000), Lazeration (p = 0,000) und Gesamtanaldehnung (p = 0,000).	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: In dieser Studie, in der Fälle von 1115 Kindern mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch untersucht wurden, wurde festgestellt, dass einige anale Befunde signifikant mit einer Analpenetration assoziiert waren. Für den umstrittenen Befund einer totalen analen Dilatation wurde eine solche Assoziation nachgewiesen,

abuse USA, Norwegen		Alter der Patienten • Bereich von 0.17 bis 18.83 Jahre (mittleres Alter 9.20 Jahre) • 941 Mädchen (mittleres Alter 9.67 Jahre) •174 Jungen (mittleres Alter 6.26 Jahre) Geschlecht • 941 Mädchen (84%) • 174 Jungen (16%) Einschlusskriterien: • alle Kinder, die mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch (CSA*) innerhalb von 5 Jahren (01/2005 bis 12/2009) untersucht wurden • alle Kinder mit Erstuntersuchung auf Verdacht CSA Ausschlusskriterien: • fehlende oder mangelhafte Fotodokumentation von der Untersuchung	Kriterien zur Definition, ob eine anale Penetration als wahrscheinlich angesehen wird: • detaillierte und konsistente Beschreibung der analen Penetration im forensischen Interview • Wenn das Kind bei der Befragung den analen Missbrauch erkennt und eine schmerzhafte Stuhlentleerung oder Blutung nach dem Vorfall beschreibt. • Täter gesteht anale Penetration. • Anale Penetration in Fotos oder Videos dokumentiert. • Anale Penetration wird von einem erwachsenen Beobachter beobachtet. • Nachweis von Anal Gonorrhoe oder Chlamydien. • anal/rektaler Sperma-Nachweis		Die totale anale Dilatation korrelierte signifikant mit einer analen Penetration bei Mädchen, bei Kindern, die in der Knie-Brustkorb-Position untersucht wurden, und bei Kindern ohne anale Symptome. total anal dilatation (p = 0.000). Anale Warzen waren signifikant häufiger bei Kindern mit einer geringen Wahrscheinlichkeit einer analen Penetration. Das mittlere Alter von Kindern mit Analwarzen betrug 5,7 Jahre (Bereich 1,4-17,9 Jahre).	selbst wenn man Bias- und Confounding-Variablen kontrollierte. Wir empfehlen trotzdem vorsichtig mit der Interpretation von analer Dilatation in Bezug auf eine anale Penetration umzugehen, da Einschränkungen beim Studiendesign vorliegen. Eine sorgfältig ausgearbeitete prospektive Studie mit standardisierten Untersuchungsmethoden und der Verwendung von Messungen ist ein notwendiger nächster Schritt, um zu bestimmen, ob eine totale anale Dilatation bei Kindern mehr als ein unbestimmter Befund bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sein kann. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nachvollziehbare Studie.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUTE AUSWERTUNG DER VORHANDENEN UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** Merkmale der Untersuchungen werden nicht eindeutig beschrieben
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Palusci, VJ et al. (2006). Urgent	Retrospektive Kohorten-	Anzahl der Patienten • Vorstellung zur Evalua-	Wir untersuchten 190 konsekutive Fälle von Kindern unter 13	Wir stellten folgende Hypothese	Von 955 Kindern bis 18 Jahre waren 777 Kinder unter 13 Jahre alt.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Weibliche

medical assessment after child sexual abuse. USA	studie	tion innerhalb von 72 Stunden nach mutmaßlichem Übergriff Von 191 möglichen wurden n=190 eingeschlossen • Vorstellung zur Evaluation nach 72 Stunden nach mutmaßlichem Übergriff Von 586 möglichen wurden n=130 eingeschlossen <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder unter 13 Jahre • Kinder mit Verdacht auf CSA*, die (1) ein Ereignis oder sexuellen Missbrauch angaben und (2) ein forensisch basiertes medizinisches Interview und eine körperliche Untersuchung abgeschlossen hatten. <u>Ausschlusskriterien:</u> • wenn eine körperliche Untersuchung vom Patienten abgelehnt wird	Jahren, die während eines Zeitraums von 5 Jahren (1998-2003) als dringend überwiesen wurden und verglichen sie mit jenen, die nicht als dringend zur körperlichen Untersuchungsbefunde überwiesen wurden. Eine Anzahl von Ärzten, Sozialarbeitern und Beratern wurde ausgebildet, um konsistente, forensisch gestützte Interview-, körperliche Untersuchungs- und Bewertungsprotokolle für alle Kinder zu verwenden. <u>Untersuchungen der Gruppen:</u> innerhalb 72 Stunden zum mutmaßlichen Ereignis • STI und/oder forensische Spurensicherung (122 Kinder) nach 72 Stunden zum mutmaßlichen Ereignis • STI	auf: 1) Kleinkinder, die innerhalb von 72 Stunden wegen angeblichen Kontakt bei sexuellem Missbrauchs gesehen werden, weisen während der Untersuchung höhere Offenlegungsraten und positive körperliche Untersuchungsergebnisse auf als Kinder, die nicht sofort gesehen werden 2) es gibt spezifische Ereignis-, Kinder- oder Täter-charakteristika (wie Kinderalter, Geschlecht und Baden), die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden sind, forensische Beweise zu identifizieren 3) es gibt Unterschiede in der Offenbarung, der körperlichen Un-	Von den 777 Kindern wurden 191 innerhalb von 72 und 586 Kinder nach 72 Stunden zum mutmaßlichen Ereignis gesehen. • Insgesamt waren die meisten Kinder weiblich und hatten normale oder unspezifische körperliche Untersuchungen. • Nur Körperabstriche von nicht gebadeten, weiblichen Kindern über 10 Jahren konnten Samen oder Sperma nachweisen. Vorstellung zur Evaluation innerhalb von 72 Stunden nach mutmaßlichem Übergriff • diese Kinder waren jünger und hatten weniger Beteiligung des child protective services • öffneten sich häufiger • hatten mehr positive körperliche Untersuchungen • die Täter waren älter im Vergleich zu den Kindern, die nach 72 Stunden untersucht wurden.	Kinder über 10 Jahre, die zur Geschichte eine Ejakulation oder Geschlechtsverkehr angeben und nicht Baden, haben die höchste Wahrscheinlichkeit für positive Untersuchungsbefunde. Es gibt Vorteile für eine frühe Untersuchung zum angegebenen Ereignis. Ärzte sollten zur Bestimmung des Zeitpunktes der Untersuchungen die Forensik, die Bedürfnisse des Kindes und andere Faktoren berücksichtigen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Sehr gut gemachte retrospektive Study zur Darstellung der erhobenen Befunde (Anamnese, körperliche Untersuchung, STI Diagnostik) in Hinblick auf die zeitliche Vorstellung zur Untersuchung in Bezug auf das Zeitfenster zum angegebenen mutmaßlichen sexuellen Übergriff. Vorallem das eindeutige Ergebnis, dass die Kinder sich innerhalb der ersten 72 Stunden eher einem Interviewer öffnen als danach.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** GUTE DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGEN UND ERGEBNISSE **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

				tersuchung und den Laborbefunden innerhalb der 72-Stunden-Periode nach dem angeblichen sexuellen Kontakt.		
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Ramos, S et al. (2006).Prevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 among children and adolescents attending a sexual abuse clinic USA	Prospektive Kohortenstudie	<u>Anzahl der Patienten</u> n= 150 <u>Alter der Patienten</u> Das Alter reichte von 1 bis 18 Jahren, wobei 25% der Patienten 15 Jahre und älter und 5% 3 Jahre oder jünger waren (Mittelwert = 11,6 Jahre, SD = 4,2). <u>Gender</u> Weiblich: 81% Männlich: 19% <u>Sexueller Entwicklungsstatus</u> 25% waren präpubertär (SMR 1); 15% zeigten eine frühe pubertäre Entwicklung (SMR 2 oder 3); und 63% näherten sich dem Erwachsenenstatus (SMR 4 oder 5). Dreißig Prozent der	Seren von 150 Kindern, die in einer Klinik für sexuellen Missbrauch gesehen wurden, wurden mit wie folgt getestet: HerpeSelect HSV-2 ELISA (Focus), Biokit HSV-2 Schnelltest (Biokit) und Western Blot (WB) auf typspezifische HSV-Antikörper, Syphilis, Hepatitis C und HIV. <u>Laborbewertung:</u> Seren mit Indexwerten von 0,9 wurden als negativ, solche mit 3,5 als positiv und Werte von 0,9 bis (einschließlich) 1,1 als unbestimmt betrachtet. Die Indexwerte von 1,1 bis 3,5 wurden als niedrig positiv eingestuft.	Wir untersuchten die Prävalenz von HSV-1 und HSV-2 bei Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und die Nützlichkeit von zwei kommerziell erhältlichen Tests.	Die Patientenprobe war 81% weiblich, hatte ein Durchschnittsalter von 11,6 Jahren (Bereich 1 bis 18 Jahre) und war 46% Kaukasier, 28% Hispanoamerikaner, 25% Afroamerikaner und 2% andere. <u>Grund der Vorstellungen:</u> • Die meisten (127; 85%) der Teilnehmer berichteten über oralen, analen oder genitalen Kontakt • Für weitere 13 Personen gab es einen weiteren Hinweis auf sexuellen Missbrauch (z. B. Geschwister wurden missbraucht oder der Patient hatte eine aktuelle STI*). • Sechs der Teilnehmer berichteten nur über Streicheln • 4 hatten eine Vorgeschichte von körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung, wurden aber aus Gründen wie etwa einer Bitte des Elternteils oder des Primärarztes noch auf Geschlechtskrankheiten untersucht.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass das routinemäßige Screening auf HSV-2 bei sexuell missbrauchten Kindern keinen hohen Nachweis für HSV-2 erbringt. Der Focus-Test* hat eine unannehmbar hohe Rate falschpositiver Ergebnisse bei Kindern; Biokit kann jedoch ein akzeptabler Ersatz für den Western Blot bei der Beurteilung von Kindern auf HSV-2-Antikörper sein. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie kann die Frage nach der Häufigkeit von HSV II bei CSA* nicht abschließend klären. Die erbrachten Daten lassen sich trotzdem für die Thematik STI* nutzen.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** gut definierte Kohorte **Schwächen:** Unbekannt, ob Ergebnisse des Indextest ohne Kenntnisse der Ergebnisse des Referenzstandards ausgewertet werden können

		Teilnehmer berichteten, dass sie einen einvernehmlichen Geschlechtsverkehr hatten. Einschlusskriterien: • Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch Ausschlusskriterien: • keine angegeben			Im Western Blot (WB*) waren 77 (51%) der Kinder HSV-1 seropositiv. Für HSV-2 gab es 1 "richtig positiv" (positiv bei allen 3 Tests) und 1 Patient, dessen Serum atypische HSV-2-Banden von WB* aufwies, aber positiv war. Es gab 6 Seren, die von HerpeSelect HSV-2 ELISA (Focus*) positiv und von WB negativ waren. Die Indexwerte dieser 6 Fokus-Tests waren nicht prädiktiv für den WB-Status. Für die 105 Proben, für die Biokit-Daten verfügbar waren, stimmten alle Proben mit WB* überein.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Reading, R & Rannan-Eliya, Y. (2007). Evidence for sexual transmission of genital herpes in children USA	Systematic Review	Studie: n=13 Studien: • 8 Fallserien zur Beurteilung CSA* • 5 Fallserien von Kindern mit Herpes genitales Anzahl der Patienten n= 4117 (nur Kinder mit Kinderschuzverfahren) Alter der Patienten 0-18 Jahre (Kinderschutz)	Systematische Literatursuche bis 2004 und einem Update bis November 2005 in folgenden Datenbanken: Medline (1966–2005), CINAHL (1982–2005) und Embase, database ASSIA (1975–2005) und the ISI Web of Science database Wir bewerteten die Qualität der eingeschlossenen Papiere im Hinblick auf die Evidenz der HSV-Diagnose sowie auf die Standards für die Bewertung der Übertragungsart.	Überprüfung der Evidenz für die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung bei einem Kind mit nachgewiesenem Genitalherpes.	8 Fallserien zur Beurteilung CSA* • Die Gesamtergebnisse deuten darauf hin, dass Herpes genitales bei Kindern, die wegen sexuellen Missbrauchs untersucht werden, sehr selten ist (8/4117 Kinder). Von den 8 Kindern wurde bei zwei Kindern ein CSA* ausgeschlossen und bei 6 Kindern ein CSA* bestätigt. 5 Fallserien von Kindern mit Herpes genitales • Es keine Aussage möglich, da die Populationen zu heterogen waren. • Insgesamt ist die Evidenzlage schwach zur Einschätzung einer Wahrscheinlichkeit einer sexuellen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das Review bestätigt die Assoziation von sexuellem Kontakt bei Kindern mit Herpes genitales. Während eine Diagnose des sexuellen Missbrauchs nicht allein aufgrund eines Befundes gestellt werden kann, sollte jeder Fall von Herpes genitales im Kindesalter zu einem multidisziplinären Kinderschutzverfahren führen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Ein gut gemachtes Systematic Review zum Thema genitale Herpesinfektionen. Die Häufigkeit des Nachweises einer Herpesinfektion liegt somit bei

		0-14 Jahre (Kinder mit Herpes genitales) Einschlusskriterien: • Kinder bis 18 Jahre, die sich mit Herpes genitales vorstellten, bei denen eine Bewertung für sexuellen Missbrauch (CSA*) oder sexuelle übertragbare Infektionen festgestellt wurde • Kohortenstudien, Fallkontrolle Studien, Querschnittsstudien und Fallserien. Ausschlusskriterien: • Einzelfallberichte und Berichte von mehreren Fällen, in denen keine Diagnose bestätigt wurde			Übertragung bei Herpes genitales Infektion. • Mehr als die Hälfte der gemeldeten Fälle von Herpes genitales bei Kindern enthielt Hinweise auf eine sexuelle Übertragung. Die Qualität der Einschätzung eines CSA* war allerdings zu schwach, um eine zuverlässige Wahrscheinlichkeit zu benennen. • Die Möglichkeit der sexuellen Übertragung wird häufiger bei älteren Kindern (> 5 Jahren), die mit Genitalverletzungen und einer HVS-Typ 2-Infektion vorstellig werden.	0,2%. Auf die Untersuchungstechnik (Laboruntersuchungen) wird nicht näher eingegangen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUT DEFINIERTE KOHORTE, GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** Fallserien
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Reading, R et al. (2014). Gonorrhoea, chlamydia, syphilis and trichomonas in children under 13 years of age: National surveillance in the UK	Prospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten n= 15 Alter der Patienten • 1 bis 4 Jahre: 10 Kinder • 5 bis 12 Jahre: 5 Kinder Einschlusskriterien:	25-monatige Datenermittlung (Januar 2010 bis Januar 2012) in UK und Irland von im Labor bestätigten Infektionen bei Kindern bis 13 Jahre. Jeder positive Bericht über einen Fall wurde mit einem klinischen Fragebogen versen-	Untersuchung (Inzidenz, Art der Vorstellung, Kinderschutzverfahren) bei Kindern von 12 Monaten bis 13 Jahren mit Infektionen (Neisseria gonorrhoe,	• Es wurden 15 Fälle gemeldet in 25 Monaten gemeldet. • Dies entspricht einer Inzidenz von 0,075 Fällen pro 100 000 Kinder pro Jahr. • Sieben der Fälle waren Gonorrhoe, sechs Chlamydien und je einer von Syphilis und Trichomonas. • Vierzehn waren weiblich. Zehn der	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Sexuell übertragbare Infektionen bei Kindern sind selten, aber im Allgemeinen gut untersucht. Die Ergebnisse unterstützen aktuelle Leitlinien zum Umgang mit sexuell übertragbaren Infektionen bei Kleinkindern und die Notwendigkeit einen sexuellen Miss-

and Republic of Ireland UK, Ireland		• Kinder zwischen 12 Monaten bis 13 Jahren, die sich mit einer Infektionen durch Neisseria gonorrhea, Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis oder Trichomonas vaginalis in UK und Irland vorstellten (Januar 2010 bis Januar 2012) <u>Ausschlusskriterien:</u> • keine vorliegende STI*	det (siehe Webanhang). Der Fragebogen sammelte Informationen, die es uns ermöglichen würden, die Einhaltung der damals geltenden Richtlinien zur Anerkennung und Bewertung des sexuellen Missbrauchs von Kindern und die klinische Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten (STI*) zu beurteilen. Die Inzidenz von STI*-Diagnosen wurde anhand von Bevölkerungsdaten aus den jüngsten Volkszählungen in Großbritanien berechnet. Nenner waren die Anzahl der Kinder im Alter von 1-12 Jahren.	Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis oder Trichomonas vaginalis) in UK und Irland	Kinder waren 1-4 Jahre alt, fünf waren 5-12 Jahre alt. • Vorstellungsgründe: Die meisten stellten sich aufgrund von Symptome vor, darunter waren 5 Kinder mit Infektionen der Augen. • Laboruntersuchungen und Screenings auf andere Infektionen waren in den meisten Fällen ausreichend. • Bestätigung sexueller Missbrauch in drei Fällen (Ranking 1 nach Maguire: Gerichtsverfahren oder Fallkonferenz) und Verdacht eines sexueller Missbrauchs in sieben Fällen (Ranking 3 nach Maguire: Vorliegen spezifischer Befunde für eine körperlichen Misshandlung/Missbrauch wie klinische Gesichtspunkte und der Familien- oder Sozialanamnese) • Ein weiteres Screening auf STIs wurde in 14 Fällen durchgeführt (Anzahl und Art der Untersuchungen variierten). Alle 15 Fälle wurden auf Gonorrhoe untersucht, 14 auf Chlamydien, 12 auf Syphilis und Hepatitis B, 10 auf Hepatitis C und HIV, 8 auf Trichomonas und 3 auf Herpes simplex. In keinem Fall wurden zusätzliche Infektionen festgestellt.	brauch auszuschließen. Eine isolierte Infektion der Augen mit N.gonorrhoeae und C.trachomatis tritt auch zum späteren Alter auf, aber die Art der Übertragung ist unklar. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Sehr gut gemachte Kohortenstudie mit aussgekräftigen Ergebnissen zu STI, trotz der geringen Fallzahl. Auffällig ist die sehr geringe Inzidenz von 0,075 Fällen pro 100.000 Kinder. Diese sehr geringe Anzahl von Kindern zeigt die Lücken in der Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch auf.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** EPIDEMIOLOGISCHE BEDEUTUNG **SCHWÄCHEN:** Untersuchungszeitraum von zwei Jahren, geringe Fallzahl
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017): Child	Update Systematic Review und Metaanalyse	Es sind 250 Studien gelistet. <u>Einschlusskriterien:</u>	<u>Update von:</u> 1. Maguire, Sabine; Cowley, Laura; Mann, Mala; Kemp,	<u>Update</u> 1. Welche Frakturen deuten auf	• Bei Frakturen bei Kindern unter 18 Monaten sollte an eine Misshandlung gedacht werden • Mehrere Frakturen sind verdächtig	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das systematische Review bewertet die wissenschaftliche Literatur über miss-

Protection Evidence Systematic review on Fractures UK		• Publikationen aller pädiatrischer-, radiologischer und orthopädischer Konferenzen • Kinder im Alter von 0-17 Jahren • Publikationen aller Evidenzarten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Persönliche Erfahrungen • Übersichtsartikel • Studien aller Altersgruppen, in denen die Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • Studien, die sich ausschließlich mit Daten von nicht misshandelten Kindern beschäftigten • Studien, in denen relevante Daten der Kinder nicht extrahiert werden können • methodisch fehlerhafte Publikationen Für alle vier Fragen des Outcomes sind separate Ein- und Ausschlusskriterien gelistet in Anlehnung an die vorherigen Veröffentlichungen.	Alison (2013): What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse, An overview of review updates 2005-2013. In: Evid.-Based Child Health 8 (5), S. 2044–2057 Systematische Suche von 1950 bis Februar 2015 in 12 Datenbaken, gelisteten Zeitschriften und Websites in allen Sprachen. Die Suchwörter für die 1.-3. Frage des Outcome wurde für Medline modifiziert und ist gelistet. Die Suchwörter für die 4. Frage des Outcome ist gelistet. Jede Studie wurde von zwei Gutachtern unabhängig voneinander bewertet, basierend der Empfehlung des NHS Centre for Reviews and Dissemination. Bei allen relevanten Studien wurde die Bestätigung der Diagnose Misshandlung anhand von Kriterien beurteilt. Es bestand ein Ranking von 1-5 nach Maguire et al**. Außerdem wurde die Qualität des Skelett-Screenings beurteilt, wenn dies die Einschlusskriterien vorsahen.	Missbrauch hin? 2. Wie ist die Evidenz für die radiologische Datierung von Frakturen bei Kindern? 3. Welche radiologischen Untersuchungen sollten durchgeführt werden, um Frakturen bei vermuteter Kindesmisshandlung zu identifizieren? 4. Verursacht die kardiopulmonale Reanimation Rippenfrakturen bei Kindern?	für eine Misshandlung • Die Datierung von Frakturen ist wissenschaftlich ungenau, radiologische Zeichen der Knochenheilung stellen ein Kontinium dar, mit erheblicher zeitlicher Überlappung • Radiologische Schätzungen zur Verletzungszeit umfassen Wochen statt Tage; Es ist wichtig, dass alle Beteiligten dieser breite Zeitrahmen bekannt ist. • Allein durchgeführte Skelett-Screening (SS) und Radionuklid-Bildgebung (RNI) verpassen den Nachweis okkulter Frakturen; Die optimale Bewertung sollte beide Untersuchungen beinhalten. • Wenn RNI# die erste Untersuchung ist, muss ein zusätzliches Schädel-Röntgenbild durchgeführt werden und es sollten Aufnahmen der Metaphysen erfolgen. • Jüngste Studien deuten darauf hin, dass bis zu 12% der im Haushalt (eines körperlich misshandelten Kindes)lebenden Kinder bis 2 Jahre ein positive SS# aufweisen; das Risiko für Zwillinge ist besonders hoch • Studien haben gezeigt, dass sich aufgrund der Änderung der Richtlinie der kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen, das Risiko für Rippenfrakturen erhöhen kann.	handlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte Frakturen bei Kindern, die bis Februar 2015 veröffentlicht wurden, und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wider. Bei 55% körperlich misshandelter Kinder bestätigten sich Frakturen, wobei sich bei 18% von ihnen mehrere Frakturen zeigten. Weitere Studien ermöglichten ein Update der Metaanalyse nach Altersgruppen, welches zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung für ein Kind mit unerklärlichen Frakturen von Nutzen sein kann. In diesem Bereich wurden qualitativ hochwertige Studien veröffentlicht, die die Bedeutung des Skelett-Screenings in verschiedenen Populationen und mit zusätzlich Details spezifischer Frakturmuster in Zusammenhang mit Misshandlung. Eine neue Studie behandelt die Heilung von Frakturen bei sehr jungen Säuglingen, die zur Datierung von Frakturen beiträgt. Die Änderung von Richtlinien in Bezug auf kardiopulmonale Reanimation (CPR) bei Säuglingen kann sich auf das Risiko von Rippenfrakturen auswirken und aktuelle Studien haben dies angesprochen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Update mit einer neuen Frage, ob die kardiopulmonale Reanimation Frakturen verursacht.

EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Hohe Vergleichbarkeit der Studienkohorten, valide Erfassung der Endpunkte **SCHWÄCHEN:** Nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Thackeray, JD et al. (2011). Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault USA	Retrospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten: n= 516 Alter der Patienten: 273/516 Kinder waren jünger als 10 Jahre Einschlusskriterien: • Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahre, die eine medizinisch-forensische Untersuchung bei sexuellen Missbrauch nach Hausstandard erhielten Ausschlusskriterien: • Kinder, die keine forensische Untersuchung erhielten	Retrospektive Datenüberprüfung der Patientengruppe des Nationwide Children's Hospital (Columbus, OH) in der Zeit vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007. Hausstandard: • Befragung zu möglichen Täter und Art des sexuellen Übergriffes • Klinische Untersuchung durch Kinderazt/in in Notaufnahme, Kinderschutz-Arzt/in, Pflegekraft für Missbrauch • forensische Untersuchung (1) Test auf Sperma mittels Spot-Test Saure Phosphatase (2) mikroskopische Bewertung für Spermatozoen von Abstrichen oder Extrakten nach der Färbung (3) Spermatozoen Suche mittels Test auf prostataspezifisches Antigen (4) Suche nach Speichel mittels Amylase als Marker (5) Suche nach Blut mittels	Evaluation forensischer Befunde und DNA-Analyse bei akutem sexuellen Übergriff von Kindern hinsichtlich des Abnahmezeitpunkt zum Geschehen und anderer beeinflussender Faktoren	Von den 516 vorgestellten Kindern wurde bei 388 (75%) eine forensische Untersuchung durchgeführt. Von diesen 388 war die forensische Untersuchung bei 97-mal (25%) positiv (Sperma, Amylase, Blut). • 80 (82%) der Kits waren positiv für Sperma; 24 (25%) für Amylase/Speichel; 2 (2%) für Blut • Von den 97 positiven Kits wurden 63 (65%) innerhalb von 24 Stunden nach dem Übergriff gesammelt • Bei 63 Kindern (65%) konnte DNA identifiziert werden. Kinder unter 10 Jahre: • waren 20 Untersuchungen positiv; 17 dieser Proben wurden von Kindern innerhalb von 24 Stunden nach dem Übergriff entnommen und bei den anderen 3 Kinder wurden sie nach 24 Stunden entnommen, darunter war ein Kind, das 54 Stunden nach dem Übergriff positiv auf Speichelamylase in der Unterwäsche und auf den Oberschenkeln getestet wurde. • DNA wurde bei 11 Kindern identifi-	Schlussfolgerung der *Autorinnen/Autoren der Studie*: Es erfolgte eine Spurensicherung zur Sicherung identifizierbare DNA vom Körper der Kinder, auch wenn die Spurensicherung > 24 Stunden nach dem Übergriff durchgeführt wurde; Es wurden Kinder nicht-akut anogenital untersucht; es wurde über eine mögliche Ejakulation berichtet; das Opfer hatte vor der Spurensicherung gebadet oder die Kleidung gewechselt. Die Spurensicherung bei präpubertäre Kinder nach über 24 Stunden nach dem Übergriff hinaus bedeutet, dass einer Identifizierung der DANN als forensischer Nachweis, verpasst werden könnte. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen:* Über die retrospektiven forensischen und klinischen Daten akut missbrauchter Kinder wird versucht darzustellen, inwieweit ein DNA-Nachweis in Bezug auf eine Zeitspanne von 24 Stunden zum sexuellem Übergriff möglich ist. Die Datenerhebung ist schlüssig und die Aufarbeitung nachvollziehbar.

EVIDENZLEVEL 2+			Tetramethylbenzidin-Test (6) Standard-DNA-Analyse von Körperflüssigkeitsflecken (7) von Fall zu Fall wurden Stichproben der Kleidung auf Grundlage der Geschichte auf DNA getestet. Die forensische Untersuchung erfolgte aufgrund folgender Kriterien: • der berichtete sexuelle Übergriff geschah innerhalb der letzten 72 Stunden • der Bericht beinhaltet mindestens eines der drei Kriterien: (1) den Kontakt mit den Genitalien, Samen, Blut, oder Speichel des Täters bestand, (2) ein Kampf, der Haut oder Blut des angeblichen Täters auf den Körper des Opfers hinterlassen haben könnte, (3) dass Kleidung oder Körper des Opfers durch Spuren belegt sein könnte.		ziert, einschließlich des Kindes, das 54 Stunden nach dem Angriff gesehen wurde. Die Sammlung von Beweismitteln innerhalb von 24 Stunden nach dem Angriff wurde als unabhängiger Prädiktor für den DNA-Nachweis identifiziert. Eine akute anogenitale Verletzung war assoziiert mit einem positiven forensischen Nachweis (Odds Ratio: 1,82 [95% Konfidenzintervall: 1,07-3,10]).	**STÄRKEN:** HOHE PATIENTENZAHL, NACHVOLLZIEHBARE AUSWRTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Unger, ER et al. (2011). Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: A mul-	Retrospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten: n= 576 • 534 vorgestellt aufgrund CSA* • 42 vorgestellt aufgrund anderer Gründe als CSA* (Vergleichgrup-	Patienten, die sich bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch (CSA*) an acht Standorten in Atlanta, Houston, Harrisburg und New York City vorstellten, wurden zusammen mit Patienten rekrutiert, die sich aufgrund	Epidemiologie der HPV-Infektion bei Kindern ohne vorherige einvernehmliche sexuelle Aktivität zu HPV-Prävalenz bei Kin-	Die Studie umfasste 576 Teilnehmer (89,9% weiblich) im Alter von 6 Monaten bis 13 Jahren (Mittelwert: 7,9); 534 von ihnen wurden aufgrund von CSA* und 42 aus anderen Gründen untersucht.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Der HPV-Nachweis wurde mit sexuellem Kindesmissbrauch (CSA*) assoziiert und erhöhte sich, wenn mit der Bestätigung von CSA*. In dieser Population schien der genitale HPV wie eine sexu-

ticenter study. USA		pe) Alter der Patienten: Zwischen 6 Monate und 13 Jahren (mittleres Alter: 7,9 Jahre) Geschlecht: 89.9% weiblich 1.1% männlich Einschlusskriterien: • Kinder im Alter von 0 bis 13 Jahren und 11 Monaten, die einen STI* test erhielten •Untersuchung aufgrund CSA* mit diagnostischen STI*-Tests oder Untersuchung aufgrund anderer Gründe und ohne sexuelle aktiv zu sein Ausschlusskriterien: • Jungen (nur an einem Zentren wurden Jungen und Mädchen zugelassen)	anderer Gründe vorstellten. Die Bewertung eines CSA* erfolgte nach den veröffentlichten Richtlinien, den Ergebnissen der Anamnese, der körperlichen Untersuchung und der Labortests. Es wurde las definitiver, wahrscheinlicher, möglicher oder nicht nachgewiesener Missbrauch eingestuft. STI Labordiagnosetests für C. trachomatis und N. gonorrhoeae Kulturen und serologische Tests für HIV, Syphilis, Hepatitis B und Kulturen für andere STI wie angegeben) wurden gemäß den Richtlinien zum CSA-Management durchgeführt, die zum Zeitpunkt der Patientenrekrutierung aktuell waren (1999 -2004). "HPV-Genitalinfektion wurde als Nachweis anhand von HPV-DNA im Genitalabstrich oder in der Urinprobe eines Teilnehmers definiert. Urin und Abstriche der äußeren Genitalien wurden mittels L1-Konsensus-Polymerasekettenreaktion auf HPV getestet.	dern mit nachgewiesenem sexuellen Missbrauch	Kinder, vorgestellt aufgrund CSA* (n=534) •14 Kinder hatten Genitalwarzen. • Bei 11,8% (61 von 517) wurden ein oder mehrere HPV-Typen nachgewiesen. • HPV-Detektion war wahrscheinlicher bei der Gruppe missbrauchter Kinder (definitiv, wahrscheinlich oder möglich) als bei den nicht missbrauchten Kindern (13,7% bzw. 1,3%; P <0,0001) und erhöht mit Missbrauchssicherheit (8,4%, 15,6%, und 14,5% bei Teilnehmern mit möglicher, wahrscheinlicher und definierter CSA, P <0,0001). •Teilnehmer im Alter von 10 Jahren oder älter hatten eine höhere Prävalenz von HPV (20,6%) als andere (5,6%) (P <0,0001). •Anogenitale Warzen, CSA* und Alter wurden unabhängig voneinander mit dem HPV-Nachweis in Verbindung gebracht. Vergleichsgruppe (n=42) • waren deutlich jünger und eher Afroamerikaner (Durchschnittsalter: 7,0 Jahre; SD: 3,7; Bereich: 6 Monate bis 13 Jahre) (26 von 42 [61,9%] Afroamerikaner) • waren eher männlich (7 von 42 [16,7%]) als Kinder, die auf CSA untersucht wurden (51 von 534 [9,6%]; P18; nicht statistisch signifikant).	ell übertragene Infektion. Die wichtigste Einschränkung der Studie ist, dass es keinen Goldstandard für die Bestimmung von CSA* gibt. CSA* nachzuweisen oder auszuschließen, bleibt begrenzt. Fehleinschätzungen von HPV-Infektion bei nichtmissbrauchten Kindern würde die Assoziation zwischen HPV-Infektion und der Wahrscheinlichkeit von CSA* nur künstlich verstärken und den Missbrauch bei fehlenden Nachweis von HPV bei missbrauchten Kindern abmindern. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Insgesamt guter Studienanasatz, wobei die Anzahl der Jungen aufgrund des Ausschlusskrietriums in 7 der 8 Zentren zu erwähnen ist.
EVIDENZLEVEL 2+						**STÄRKEN:** EPIDEMIOLOGISCHE BEDEUTUNG **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)*	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Watkeys JM et al. (2008).The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? UK	Retrospektive Kohortenstudie	Anzahl der Patienten: n= 331 Alter der Patienten: Zwischen 3 Monaten und 17 Jahren (mittleres Alter 8.79, SD 4.65) Gender: 272 Mädchen 59 Jungen Einschlusskriterien: • Kinder, die von der Polizei oder den Sozialdiensten bei V.a. sexuellen Missbrauch zur Untersuchung vorgestellt wurden • Kinder unter 17 Jahren Ausschlusskriterien: • nicht benannt	Auswertung von 331 Fällen über einen Zeitraum von 3,5 Jahren im Süden von Wales. Vergleich der Kinder, die sich innerhalb von 7 Tagen und denen, die sich nach 7 Tagen vorstellten. Zusätzlich wurden die Mädchengruppe in präpubertär und postpubertär geordnet. Jede Untersuchung wurde von einem der vier Kinderärzte durchgeführt, die in der gleichen Abteilung, nach den gleichen Richtlinien und Standards erfolgte. Die beurteilung erfolgte nach den Adams-Kriterien von 2005. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 17 Jahren liegt im Süden von Wales bei 107 010 Kinder.	Suche nach signifikanten anogenitalen Befunden bei der körperlichen Untersuchung bei V.a. sexuellen Missbrauch in Bezug auf den Zeitpunkt der Untersuchung	Von 331 Verdachtsfällen gaben 257 Patienten einen Missbrauch mit Penetration an. Auffällige Befunde traten häufiger bei pubertären Mädchen auf. 114 von den 257 Patienten wurden innerhalb von 7 Tagen nach angegebenem Missbrauch untersucht. Befunde zu den Untersuchungszeitpunkten: Untersuchung innerhalb von 7 Tagen (114 Patienten): • 23 von den 114 Patienten gaben eine anale Penetration; davon hatten 13 Kinder auffällige Befunde (56,5%). • 92 Mädchen gaben eine vaginale Penetration an; davon hatten 46 (50%) auffällige Befunde. • Zusätzlich hatten 33 Mädchen, die innerhalb von 7 Tagen gesehen wurden, andere Anzeichen, die einen Übergriff wahrscheinlich machten. Untersuchung nach 7 Tagen: • 50 Kinder gaben eine anale Penetration an; davon hatten nur 9 (18%) auffällige Befunde. • 101 Mädchen gaben eine vaginale Penetration an, davon hatten 31 (30,7%) auffällige Befunde.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Diese Studie stellt die Befunde von Kindern und Jugendlichen dar, die zur Beurteilung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch vorgestellt wurden. Sie zeigt Unterschiede in den Befunden in Abhängigkeit von der Zeit der Vorstellung zur Zeit des angegebenen Missbrauch und bietet Informationen für ein schwieriges Gebiet, das bei der gemeinsamen Planung von Dienstleistungen in Zusammenarbeit mit Ermittlungsbehörden helfen könnte. Pubertäre und postpubertäre Mädchen haben mit größerer Wahrscheinlichkeit signifikante Befunde der Genitalien, wenn sie innerhalb von 7 Tagen nach der letzten Episode des sexuellen Missbrauchs (mit Penetration) untersucht werden. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass abnormale anale Anzeichen in der akuten Phase wahrscheinlicher sind. Kinder sollten so bald wie möglich nach der Enthüllung untersucht werden sollten. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Nachvollziehbare retrospektive Studie.
Evidenzlevel 2+						**Stärken:** gute Endpunktauswertung **Schwächen:** nicht erkennbar

Therapie der Eltern						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Barlow, J et al. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. UK	Systematic review	650 Treffer bei der Literatursuche Davon 132 selektierte Artikel, wovon wiederum 26 relevant erschienen. 7 Artikel wurden bewertet und in die Analyse eingeschlossen. <u>Einschlusskriterien:</u> •Kurzzeit Interventionen (6-30 Wochen) mit dem Ziel das Eltern-Kind Verhältnis zu verbessern, Erziehungspraktiken zu verbessern; •RCT oder randomisierte Studien •Kinder im Alter von 0-19 Jahren •Eltern mit Missbrauchs-/Vernachlässigungsgeschichte oder Hochrisikofamilien •Hinweis auf Missbrauch, Vernachlässi-	Durchsuchte Datenbanken: Cochrane Library; MEDLINE; EMBASE; Biological Abstracts; PsycINFO; Sociofile; Social Science Citation Index; CINAHL; Dissertation Abstracts; ERIC; C2-SPECTR	Hinweis auf Missbrauch, Vernachlässigung oder Misshandlung z.B.: <u>Eltern:</u> Potential für eine Kindeswohlgefährdung; erzieherische Fähigkeiten; Stress; gemeldete Verletzungen des Kindes; Verhalten; Wut <u>Kinder:</u> Verhalten; Beziehung zu den Eltern <u>Familie:</u> Behandlungsbedürftigkeit, Familienprobleme, Lebensereignisse	3 der 7 Studien messen Kindeswohlgefährdung objektiv Die Mehrheit der Studien evaluiert nur körperliche Misshandlung Es gibt nicht genug Evidenz, um zu beweisen, dass das Eltern-Training Programm Kindeswohlgefährdungen verhindert.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Evidenz ist beschränkt und erschwert die Aussagen über effektive Interventionen, die eine Kindesmisshandlung vermeiden können. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Methodisch ist die Studie gut unterbaut. Hochrisikofamilien und Täter bilden in manchen Studien die Stichprobe und werden nicht separat analysiert. Die Übersichtsarbeit zeigt wie beschränkt die Evidenz zu Eltern-Interventionen ist, und wie verschieden die einzelnen Studien sind.
Evidenzlevel 1++						**Stärken:** Sehr hoher methodischer Standard. Die inkludierten Studien umfassen Stichproben mit breitem Altersspekturm. **Schwächen:** Die mögliche Verzerrung durch einen Publikationsbias wurde nicht angemessen berücksichtigt. Vier der inkludierten Studien waren zum Zeitpunkt der Berücksichtigung bereits mehr als zehn Jahre alt.

		gung oder Misshandlung oder Hinweis auf Hochrisikofamilien (Psychopathologie etc.) Ausschlusskriterien: •Studien, die so umfassend sind, dass die Kausalität zwischen der Intervention und dem Effekt auf Eltern nicht deutlich ist. •Studien die nicht randomisieren oder die keine Eltern mit Missbrauchsgeschichte beteiligen				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Berg, B & Jones, DPH. (1999). Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). UK	Case Series	16 Familien inklusive 17 Kindern mit Münchhausen by Proxy Syndrom 12 Familien inklusive 13 Kindern haben am Interview zum Follow-up teilgenommen Familien werden in das Park Hospital Oxford aufgenommen Kein Lost to follow-up Alter bei Misshandlung: 0 bis 6 Jahre	<u>Psychologische Intervention:</u> Stärkung der Eltern-Kind Beziehung, der Qualität der Kind-Eltern Bindung, des soz. Netzwerkes, der Familiendynamiken und der Beziehungsarbeit des Paares; Aufarbeitung eigener Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen der Täter. Die Intervention geschieht unter Einbindung der lokal vertretenen Schlüsselprofessionen (Sozialarbeiter/in, Hausarzt/-ärztin). 24 Stunden Überwachung der	Zurückführung des Kindes in die Familie, weitere Misshandlungserfahrungen und Kontaktaufnahme mit Hausärzten/-ärztinnen oder medizinischem Personal.	13 Kinder kehren zu ihren Familien nach durchschnittlich 7,5 Wochen zurück; 3 Kinder werden in Obhut genommen, 1 Kind erfährt eine Reviktimisierung, nachdem es in die Familie zurückgekehrt ist.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Zurückführung von Kindern in ihre Familien ist für bestimmte Fälle durchführbar, aber ein längerer Follow-up ist notwendig, um die Sicherheit des Kindes zu garantieren und die psychischen Probleme der Eltern besser zu erkennen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Selektionsverzerrungen (selection bias) - die Einschlusskriterien schließen Fälle ein, bei denen eine erfolgreiche Intervention wahrscheinlich ist. Täter/innen müssen die eigene Erkrankung zu einem gewissen Grad anerkennen.

EVIDENZLEVEL 3		Alter bei Stationär Eintritt im Programm: 1 Monat bis 6.5 Jahre Alter bei Follow-up: 2.5 bis 12 Jahre Mütter waren immer die Täterinnen	Familien durch Krankenpfleger/Krankenschwestern.			**STÄRKEN:** Generierung einer verhältnismäßg großen Stichprobe für das Münchhausen by Proxy Syndrom. **SCHWÄCHEN:** Die Einschlusskriterien setzen eine gewisse Krankheitseinsicht voraus, sodass es zu einem Selection bias kommt. Dauer der Follow-Up Zeiträume erlauben keine Aussagen zu lanfristiger Entwicklung der Kinder.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Chaffin, M et al. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. USA	RCT	Rekrutierung von 291 Eltern, 42 Absagen und 38 Ausscheidungen; von 211 Eltern gab es von 19 keine vollständige Begutachtung zur Bestandsaufnahme (baseline): <u>Einschlusskriterien:</u> An ein Eltern Programm verwiesen auf Grund von Vernachlässigung und/oder körperliche Misshandlung/Missbrauch, mindestens ein Kind zwischen 2,5 und 12 Jahren (auch Pflegekinder oder aus der Verwandtschaft) mit dem die Teilnahme an dem Parent Child Interaction Therapy (PCIT) Programm mög-	1. Randomisierung in entweder Self Motivation Orientation (SM) oder Services as usual (SAU) 2. Randomisierung in entweder PCIT oder Services as usual (SAU) <u>SM:</u> motiviert Eltern Erziehungsziele zu setzen, Vor- und Nachteile einer rauen Erziehung abzuwägen <u>SAU:</u> Informationell und aufklärende Sitzungen über Jugendämter, wie sie funktionieren, was ist Kindewohlgefährdung, die Konsequenzen von Kindeswohlgefährdung und Erziehungsmethoden <u>PCIT:</u> 1) Auf das Kind ausgerichtete Interaktion: Eltern erlernen	Child Abuse Potential Questionnaire (CAP) Readiness for Parenting Change scale (REDI): um die Selbst-Motivation zu überprüfen Dyadic Parent–Child Interaction Coding System—II (DPICS-II): um die PCIT Messung zu überprüfen Kinderfürsorge Datenbank: Meldungen von Kindeswohlgefährdungen	Rückfälle: 38 % für die gesamte Studienpopulation • 29 % für SM & PCIT • 47 % für SAU & PCIT • 41 % für SAU & SAU • 34 % für SM & SAU Nach dem statistischen Hinzufügen des Risikos für eine soziale Benachteiligung, ist PCIT kombiniert mit SM effektiver eine Reviktimisierung zu vermeiden im Vergleich zu PCIT kombiniert mit SAU	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: PCIT in Kombination mit SM reduziert die Rückfälligkeit der Eltern im Vergleich zum PCIT in Kombination mit SAU. Die Intervention PCIT & SM funktioniert in einem realen Umfeld. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie ist methodisch gut, aber zeigt einige Einschränkungen auf. Eine Verblindung der Teilnehmenden ist nicht möglich. Opfer von Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung werden zusammen analysiert. Die Follow-up variiert von 229 bis 1,282 Tagen (median 904 Tage). Es werden153 Eltern analysiert, aber eine Intention to treat Analysis findet nicht statt.
EVIDENZLEVEL 1+						**STÄRKEN:** Nutzung verschiedener Methoden zur Feststellung des Out-

		lich ist, IQ mindestens über 65 Ausschlusskriterien: das PCIT wurde durch einen Arzt/Ärztin oder Juristen/in als zu erschöpfend für das Kind eingestuft, Eltern denen das Sorgerecht entzogen wurde (auch während der Studie) 192 Eltern (biologische Eltern, Stiefeltern, primäre Erziehungsberechtigte), die an ein Eltern Programm verwiesen wurden Baseline Charakteristiken (192 Eltern) •75% weiblich •Durchschnittsalter: 29 Jahren •Vorherige Meldungen: 70% Vernachlässigung, 23% körperliche Misshandlung, 6% sexuelle Missbrauch •35% verheiratet oder Partner im selben Haushalt, 29% nie verheiratet, 18% geschieden, 17% getrennt •29% keine Schulabschluss •40% arbeitslos	Fähigkeiten (Ziel: Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessern); 2) Auf die Eltern ausgerichtete Interaktion: Eltern erlenen eine zielgerichtete Kommunikation mit dem Kind			comes. Nicht nur Einbezug von leiblichen Eltern, sondern auch anderer Bezugs- und Pflegepersonen, die für ein Kind verantwortlich sind. **SCHWÄCHEN:** In der Studie wurde keine angemessene Verdeckungsmethode verwendet, sodass Teilnehmende und Auswertende wussten, wer der Behandlungs- und wer der Kontrollgruppe angehörte. Zum Studienbeginn bestand kein Wissen darüber, ob Behandlungs- und Kontrollgruppe vergleichbar sind. Es wurden nur die Daten von Probanden erhoben, für die ein Outcome vorlag. Es liegt eine große Variabilität in der Länge der Follow-Up Zeiträume vor.

		•75% wohnen unter der Armutsgrenze •durchschnittlich 2.6 Kinder im Haushalt •76% mit 1 oder mehreren Kindern in einer Pflegefamilie •66% mit allen Kindern in einer Pflegefamilie •81% verpflichtet durch das Jugendamt oder Gericht um an der Intervention teilzunehmen				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Chaffin, M et al. (2012). A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services. USA	RCT	Rekrutierung von 3116 Eltern zwischen Sep. 2003 und Okt. 2006, 857 unvollständig/ Absagen/ Ausscheidungen; von 2259 (72%) Teilnehmenden: Rücktritt von 85 Teilnehmenden; insgesamt nehmen 2175 Eltern an der Studie teil Einschlusskriterien: Kinder im Vorschulalter bis 12 Jahre im Haus der Eltern lebend 2175 Eltern, die durch den Kinderschutz (Child Protection Service; CPS) auf die Studienteilnahme aufmerksam ge-	2 x 2 cluster-randomisierte Studie SafeCare vs. SAU Interventiondauer: 6 Monate <u>SafeCare:</u> 1) Eltern/Kind Interaktion, Erzieherische Routine 2) Sicherheit im Haus 3) Gesundheit des Kindes <u>SAU:</u> keine SC Struktur und spezifische inhaltliche Module, aber selbe Zielverfolgung wie bei SafeCare	Reviktimisierung nach dem Beginn der Studienteilnahme.	Die Reduzierung der Reviktimisierung ist erfolgreicher in der SafeCare Intervention im Vergleich zu der SAU Intervention. Ergebnisse zeigen, dass das SafeCare Haus-Programm genutzt werden sollte. Die Intervention SafeCare würde bei einer Behandlung von 1000 Fällen schätzungsweise in 64 bis 104 Fällen vor einer Reviktimisierung im ersten Jahr schützen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Das SafeCare Modell in Kooperation mit dem CPS (Child Protection Service) ist eine effektive Maßnahme. Das Coaching der Mitarbeiter/-innen zeigt, dass Mitarbeiter/-innen mit schweren Fällen sicherer arbeiten können. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie zeichnet sich durch eine lange Follow-up von ca. 6 Jahren aus. Die Stichprobe ist groß und besteht aus Eltern, die Täter/-innen sind (ausgeschlossen sexuellem Missbrauch). Die Methodik ist nicht transparent – es ist unklar wie lange die Intervention andauert und welche Formen der Kindeswohlgefährdung in der Stichprobe vorliegen. Die Verzerrungen die mög-

		macht wurden SafeCare Gruppe •92% weiblich •29 Jahre alt (Mittelwert) •82% unter Armutsgrenze •42% mit sexuellen Missbrauchserfahrung •40 % mit körperlicher Misshandlungserfahrung •21% mit Inobhutnahme Erfahrung •30% Alkohol oder Drogenproblem •4.41 vorherige Meldungen Services as usual (SAU) Gruppe •90% weiblich •30 Jahre alt (Mittelwert) •83% unter Armutsgrenze •40% mit sexueller Missbrauchserfahrung •40% mit körperlicher Misshandlungserfahrung •23% mit Inobhutnahme Erfahrung •29% Alkohol oder Drogenstörung •5.07 vorherige Meldungen				licherweise durch die Berechnung der Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung vorliegen, sind nicht beschrieben.
EVIDENZLEVEL 1-						**STÄRKEN:** Langer Follow-Up Zeitraum. Die Studie verwendete eine große Stichprobe, die verschieden Formen der Kindeswohlgefährdung berücksichtigt (kein sexueller Missbrauch). **SCHWÄCHEN:** Die verwendete Methodik ist nicht transparent, so dass nicht deutlich wird, wie lange die Interventionen andauerten. Zu einer Verblindung der Teilnehme wurden keine Angaben gemacht und angemessene Verdeckungsmethoden wurden nicht verwendet. Behandlungs- und Kontrollgruppe sind zu Studienbeginn nicht ähnlich. Es bleibt unklar, ob die Gruppenunterschiede lediglich auf die Interventionen zurückzuführen sind.

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Moss, E et al. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. Kanada	RCT	67 Erziehungsberechtigte, gemeldet wegen einer Kindeswohlgefährdung ihres Kindes (1-5 Jahre alt) Einschlusskriterien: Biologische Eltern (Mutter oder Vater) von Kindern zwischen 12 und 71 Monaten mit dem sie zusammenwohnen, Französisch-sprechend, unter Beaufsichtigung der Gemeinde (n=13) oder unter Beaufsichtigung der Kinderfürsorge (n=54) Ausschlusskriterien: Teilnahme an weiteren Eltern-Kind Behandlungen Kindeswohlgefährdungen vor dem Start der Intervention: 72% Vernachlässigung, 7% körperliche Misshandlung, 3% sexueller Missbrauch, 16% Vernachlässigung und körperliche Misshandlung, 2% Vernachlässigung und sexu-	Interventions- und Kontrollgruppe erhalten Standard Services der Dienststellen (d.h. monatliche Besuche bei einem case worker) – die Standards für die jeweiligen Treffen sind nicht einheitlich aber zielen darauf ab, die Familienverhältnisse in Bezug auf Vernachlässigung und Misshandlung zu kontrollieren und bei Krisensituationen einzuschreiten Intervention: 8 Wochen Hausbesuch-Intervention (ca. 90 Minuten) a) mit Trost und Struktur auf das Leid des Kindes reagieren, b) aktive Erkundung des Kindes in Situationen, in denen es dem Kind gut geht. Beinhaltet personalisierte Eltern-Kind Interaktionen, Video Feedback, Diskussion über Bindung zum Kind/Stimmungsregulierung	Maternal Behavioral Q-Sort: 90-item Fragebogen zur Qualitätsmessung des Verhaltens von Bezugspersonen während der Eltern-Kind Interaktion direkt nach der Intervention Ainsworth Strange Situation Procedure: die Bindung zu den Eltern und Fremden wird beobachtet; verschiedene Methoden für unterschiedliche Altersgruppen Child Behavior Checklist (CBCL): Verhaltensprobleme von Kindern werden anhand 99-items evaluiert.	Durch die Intervention wird die Sensibilität der Eltern gesteigert ($F(1,62) = 4.85$, $p < .05$, $d = 0.47$) und die Bindungssicherheit des Kindes verbessert. Verhaltensstörungen des Kindes zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Je älter das Kind in der Interventionsgruppe, je weniger Verhaltensstörungen. Je älter das Kind in der Kontrollgruppe, je höher die Werte für eine Verhaltensstörung.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Sensibilität der Eltern kann durch eine kurze (8 Wochen) Hausbesuch Intervention verbessert werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Intervention (8 Wochen) und auch die Follow-up (10 Wochen) sind sehr knapp. Hauptteilnehmer sind Mütter. Kinder sind nur im Alter von 1 bis 5 Jahren eingeschlossen. Informationen zu der Größe der Familie sind nicht angegeben, auch nicht wie viele Single Haushalte es gibt.
Evidenzlevel 1+						**Stärken:** In der Stichprobe werden sowohl Misshandlung als auch vernachlässigung (inkl. Mischformen) berücksichtigt). Das Outcome wird nur mithilfe von Fremdbeurteilungsinstrumenten und Verhaltensbeobachtungen erhoben. **Schwächen:** Zu einer Verblindung der Teilnehme wurden keine Angaben gemacht. Sehr kanpp bemessener Interventionszeitraum.

		eller Missbrauch Durchschnittsalter der Kinder: 3,35 Jahre; Alter der Eltern zwischen 18 und 49 Jahre (im Durchschnitt 27,82 Jahre), 1/3 der Familien verdient mehr als $25.000 kanadische Dollar (kanadische Armutsgrenze 2006: $25.000 für Familien mit einem Elternteil und einem Kind und $30.000 für Familien mit beiden Eltern und einem Kind)				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Mullins SM et al. (2005). Comprehensive services for mothers of drug-exposed infants: relations between program participation and subsequent child protective services reports. USA	Pretest- Post-test design (Non-analytical study)	142 Frauen, davon 87%, die durch das Child Protection Service (CPS) an die Studie weitergeleitet wurden mit der gerichtlichen Anordnung an einer Behandlung zum Drogenmissbrauch und zur Verbesserung der Erziehung teilzunehmen. Die meisten Teilnehmerinnen gebaren ihr Kind vor Beginn der Studie und berichteten danach	Alle Teilnehmerinnen durchlaufen 9-monatiges Programm für Frauen, die während der Schwangerschaft Drogen nehmen (bundesstaatliche Maßnahme). <u>Ziel des Programms:</u> - Behandlung des Drogenmissbrauchs und Reduzierung der Kindeswohlgefährdungen - Richtet sich an Mütter, deren Partner und deren Säuglinge und Kinder Obligatorisch: einleitende Gruppe zur Motivationssteige-	Meldung einer Kindeswohlgefährdung (CPS Datenbank) während einer Follow-up Phase von ca. 1.16 Jahren für alle biologischen Kinder (nicht nur für das Index Kind) Anwesenheit in den Gruppen in Minuten, Individueller Kontakt mit Mitarbeitern in	50% der Fälle werden erneut nach 1.82 Jahren gemeldet (in einer Follow-up Phase von 3.42 Jahren) 57 von 94 (67% der gesamten Stichprobe mit dem Sorgerecht für mind. ein Kind) der Teilnehmenden meldeten im Verlauf keine erneute Kindeswohlgefährdung. Verbleibende 48 Teilnehmende aus der gesamten Stichprobe verloren ihr Sorgerecht oder haben es nicht zurück bekommen [diese sind in der Analyse nicht berücksichtigt]	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die Dauer und Qualität der Teilnahme sind wichtige Parameter für eine erfolgreiche Intervention. Objektive Messungen dieser Parameter sollten weiter entwickelt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Ausführliche und gute statistische Datenanalyse. Dadurch, dass keine Kontrollgruppe zum Vergleich herangezogen werden kann, schwächt dieses die Aussagekraft der Evidenz. Es gibt variierende Follow-up Phasen für die Teilnehmerinnen.

EVIDENZLEVEL 3		von weiterem Drogenkonsum. 57% der Säuglinge wurden positiv auf Kokain getestet, 30% auf Marihuana, 16% auf Amphetamine und Methamphetamine, 4% auf Barbiturate, 2% auf Opiate, und/oder 2% auf Phencyclidin. Alter der Mütter: Ø 27.5 Jahre (Intervall: 18-40), Anzahl der Kinder: Ø 3 (Intervall 1-10), Alter des Kindes: Ø 6.2 Monate (Intervall 1Monat-4 Jahre), 11% erwerbstätige Mütter, 71% bekommen staatl. Zuschüsse, eigene Kindheitserfahrungen mit: körperliche Misshandlung (31%), sexueller Missbrauch (26%), Zeuge häuslicher Gewalt (40%), Vernachlässigung (30%). Frühe Gewalt durch den eigenen Partner erfuhren 62% der Mütter und erfahren gegenwärtig 21% der Mütter.	rung, Behandlung des Drogenmissbrauchs, psychoedukative Gruppen für Erziehungs- (z.B. Eltern-Kind Bindung) und Lebensfähigkeiten (z.B. Haushalten), Hausbesuche, willkürliche Urintests <u>Weiterer freizugänglicher Service</u>: z.B. Fallmanagement, individuelle Beratung, Untersuchung der Entwicklung von Säuglingen und Kindern, Zugang zu Psychiatern, Beratung zu häuslicher Gewalt	Minuten (Hausbesuche, individuelle Therapien), demographische Angaben zu Beginn der Studie, Child Abuse Potential Fragebogen. <u>Eltern:</u> Parent Readiness for change, Veränderungsstufe für den Drogenmissbrauch: Change Assessment Questionnaire (CAQ), Satus bei Programmabbruch	Ein positiver Status bei Programmabbruch (langfristige Beständigkeit im Programm und tatsächliche Verbesserungen in den Sitzungen) schützt vor einer Kindeswohlgefährdung. Somit hängt Reviktimisierung nicht von der Teilnahme an einem Programm ab, sondern von der Qualität der Teilnahme.	**STÄRKEN:** Ausführliche und gute statistische Datenanalyse. Die untersuchte Intervention umfasst multimethodale Ansätze zur Behandlung des Drogenkonsums und Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen. **SCHWÄCHEN:** Das Outcome zur Feststellung einer Verbesserung der Erziehungskompetenz wird nur über die Meldung einer Kindeswohlgefährdung erfasst. Die Follow-Up Zeiträume variieren für die Teilnehmerinnen.
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**

Runyon, MK et al. (2010). Group Cognitive Behavioral Treatment for Parents and Children At-Risk for Physical Abuse. An Initial Study. USA	RCT	75 von 99 Kindern nehmen teil 60 Kinder und/oder deren Eltern (n=44) nahmen an > 3 Sitzungen teil 37% Drop-out Rate bevor die Behandlungen begannen <u>Einschlusskriterien Eltern:</u> Anschuldigung einer körperlichen Misshandlung des eigenen Kindes oder eigene Angaben zum Gebrauch körperlicher Bestrafung (in den letzten 4 Monaten) Kinder: Bestätigung von 4 post traumatic stress disorder (PTSD) Symptome, oder Bestätigung von mindestens einer externalisierte Verhaltensstörung Durchschnittsalter der Kinder: 9.88 (Intervall 7-13) <u>Körperliche Gewalt:</u> 10% wurden geschüttelt; 65% wurden mit einem Gegenstand auf den Po	Kondition 1: Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (34 Kinder + 24 Eltern): (a) Intervention für das Kind; (b) Intervention für die Eltern; (c) Eltern-Kind Intervention Kondition 2: Parent Only Cognitive Behavioral Therapy (26 Kinder + 20 Eltern): Intervention für Eltern	Conflict Tactics <u>Scale-Parent-Child:</u> Ausübung von Gewalt der Eltern auf das Kind <u>Alabama Parenting Questionnaire:</u> positive Erziehungsstile und der Gebrauch körperlicher Bestrafungen – Eltern und Kind Versionen <u>Child Behavior Checklist:</u> Eltern schildern Verhaltensprobleme ihrer Kinder. Emotions- und Verhaltensprobleme der Kinder in den letzten 4 Wochen <u>K-SADS-PL:</u> PTSD Symptome des Kindes	Der Durchschnittswert für PTSD Symptome ist in Kondition 1 im Vergleich zu Kondition 2signifikant reduziert. Der Durchschnittswert für positive Erziehungsstile ist in Kondition 1 im Vergleich zu Kondition 2 höher. Körperliche Bestrafung bedeutsam reduziert in beiden Gruppen. Aber der Durchschnittswert für den Gebrauch körperlicher Bestrafungen ist in der Kondition 2 seltener im Vergleich zu Kondition 1.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie*: Die kleine Stichprobe und dabei hohe Drop-out Rate ist eine Einschränkung der Studie. Beide Methoden haben Potenzial um körperliche Bestrafung zu reduzieren. Zukünftige Studien sind erforderlich, um die Lücken dieser Studien zu füllen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die baseline Charakteristiken unterscheiden sich bzgl. des elterlichen Geschlechts, einer früheren Behandlungen einer Kindeswohlgefährdung und bzgl. früherer Meldungen. Die Follow-up beträgt lediglich 3 Monate und die Lost to follow-up ist hoch.
EVIDENZLEVEL 1-						**STÄRKEN:** Das Outcome wird anhand verschiedener Variablen abgebildet. **SCHWÄCHEN:** Ein hoher Anteil von Dropouts in einer kleinen Stichprobe. Die Behandlungs- und Kontrollgruppen unterschieden sich hinsichtlich des elterlichen Geschlechts und der Anzahl der vorliegenden Berichte über frühere Misshandlungen. Es wurden sowohl begründete als auch unbegründete Fälle von körperlicher Misshandlung einbezogen.

		gehauen; 15% wurden mit der Faust geschlagen oder getreten; 50% wurden mit der bloßen Hand auf den Po gehauen; 5% wurden im Nacken gepackt; 10% wurden zusammengeschlagen; 43% wurden mit einem Gegenstand an anderen Körperteilen geschlagen; und 60% wurden geohrfeigt. Alle Kinder zeigten mindestens 4 PTSD Symptome (Intervall 4-11) gemessen mit der der Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) Durchschnittsalter der Eltern: 33.02 (Intervall 25-51) 53% mit gesichertem Kinderschutzfall 47% haben körperlicher Bestrafung gebraucht <u>Kondition 1:</u> Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (34 Kinder + 24 Eltern): (a) Intervention für das				

		Kind; (b) Intervention für die Eltern; (c) Eltern-Kind Intervention Kondition 2: Parent Only Cognitive Behavioral Therapy (26 Kinder + 20 Eltern): Intervention für Eltern				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Stronach, E et al. (2013). Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children USA	RCT	189 Mütter und deren Kleinkinder davon 137 Kinder mit Kindeswohlgefährdung und 52 Kinder ohne Kindeswohlgefährdung <u>Kleinkinder mit Kindeswohlgefährdung</u> • N = 137, 60 männlich, 77 weiblich • 66.4% Kinder mit Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen • 33.6% Geschwister der misshandelten/vernachlässigten Kinder • Misshandlungsformen: 84.6% Vernachlässigung, 69.2% emotional Misshandlung/ Vernachlässigung, 8.8% körperlicher Misshandlung	1) Parent-Child Psychotherapy (CPP): behandelt die Beziehung zwischen dem traumatisiertem Kind und den Eltern 2) Psychoeducational Parenting Intervention (PPI): Unterrichten über Kindesentwicklung und Fähigkeiten für Eltern, um Stress zu reduzieren 3) Community standard (CS) – Fall Management <u>Gruppe ohne Kindeswohlgefährdung:</u> Kontrollgruppe/ Öffentliche Unterstützung	<u>Strange Situation Paradigm</u>: Eltern-Kind Bindung <u>Child Behaviour Checklist:</u> Mutter berichtet über das Verhalten des Kindes	Kinder in der CPP haben eine höhere Bindungssicherheit zu ihren Eltern (p.001) und eine weniger Bindungsstörungen (p = .05) im Vergleich zu Kindern in der CS Gruppe oder im Vergleich zu Kindern in der PPI Gruppe.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Mit dem Einschreiten im jungen Alter des Kindes und mit dem Fokus auf der Eltern-Kind Beziehung kann die Bindungssicherheit hergestellt werden und fortgesetzt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie weist wenige Mängel auf. Es gibt keine Informationen über die Randomisierung. Zudem unterscheiden sich die Gruppen zum Studienbeginn in der Anzahl der Kinder und dem Bildungsstand der Mutter.
Evidenzlevel 1+						**Stärken:** Verschiedene Misshandlungsformen sowie Vernachlässigung werden berücksichtigt. Es werden verschiedene Interventionen verglichen. Mit der Child Behaviour Checklist wurde ein zuverlässiges und valides Instrument zur Messung des outcomes verwendet. DerZeitraum des Follow-Ups betrug 12 Monate.

		• 83.2% der Mütter erlebten eine eigene Kindeswohlgefährdung <u>Kleinkinder ohne Kindeswohlgefährdung</u> • N = 52, 28 männlich, 24 weiblich • 69.2% der Mütter erlebten eine eigene Kindeswohlgefährdung Säuglinge: 13.31 (SD = 0.81) Monate alt Mütter: 26.98 (SD = 5.98) Jahre alt				**SCHWÄCHEN:** Die Behandlungs- und Kontrollgruppe sind zu Studienbeginn nicht vergleichbar. Es liegen keine Informationen zur Randomisierung vor.

Untersuchung der Augen						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Bhardwaj, G et al. (2010). A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. Australia	Systematic Review	Von 971 Artikel waren 55 Studien relevant und 20 Studien wurden eingeschlossen. <u>Studientypen:</u> Serien von Autopsien, retrospektive Übersichten von Protokollen und prospektive klinische Studien <u>Studienqualität:</u> Studien zeigten Schwachstellen <u>Studienthemen:</u> • 3 Studien berichten über Patienten mit retinalen Befunden • Die Bestätigung der Diagnose Misshandlung war bei der Hälfte der Studien unklar; bei 4 Studien galten intraokulare Blutungen als diagnostisches Zeichen einer Misshandlung <u>Alter der Patienten:</u> Bis auf eine Studie waren die Patienten <4	Systematische Suche bis September 2009 in Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, Cochrane Collaboration, American College of Physicians Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects und National Health Service Economic Evaluation Database). Suchwörter und -strategie ist gelistet. Die Artikel wurden von mehr als 1 Gutachter bewertet. Die Bewertung der Studien erfolgte über modifizierte Checklisten nach QUADAS.	Systematische Auswertung intraokularer Blutungen (IOH*), Netzhautablösung/ Retinoschisis und Blutung der Augennervenscheide bei der Diagnose misshandlungsbedingtes Kopftrauma (AHT*) bei Säuglingen.	Die Sensitivität von IOH# für AHT* betrug 75% und ihre Spezifität betrug 94%. Eine intraretinale Blutung am hinteren Pol war das häufigste Ergebnis, obwohl ausgedehnte, bilaterale und mehrschichtige IOH* am spezifischsten für AHT* waren. Sehnervenhämorrhagien hatten eine Sensitivität und Spezifität für AHT* von 72% bzw. 71% (Autopsien). Traumatische Retinoschisis und perimakuläre Netzhautfalten wurden in 8% bzw. 14% von AHT* berichtet, wurden jedoch unter anderen Bedingungen nicht berichtet.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Prospektive Studien bestätigen, dass IOH# bei Kleinkindern - insbesondere bilateral, extensiv und vielschichtig - hochspezifisch für AHT* ist. Sehnervenhämorrhagien in Autopsiestudien sind bei AHT* signifikant häufiger als bei anderen Erkrankungen. Traumatische Retinoschisis und perimakuläre Falten sind bei einer Minderheit von AHT* vorhanden, werden jedoch beobachtet. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Systematic Review. Es werden auch Studien mit Autopsien eingebunden, um die augenärztlichen Befunde bei misshandelten Kleinkindern einzuordnen.
Evidenzlevel 2++						**Stärken:** gute methodische Aufarbeitung **Schwächen:** keine Interessenkonfliktserklärungen

		Jahre und auch in dieser Studie waren lediglich 3% der Patienten älter als 3 Jahre <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien mit Kindern mit AHT# • Studien, in denen die Diagnose Misshandlung bestätigt wird (wie Bestätigung durch Dritte, Gerichtsverfahren, multidisziplinäres Team) • Studien, die Rückschlüsse auf die Sensitivität/Spezifität okulärer Befunde bei AHT* • Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder konsekutive Fallserien <u>Ausschlusskriterien:</u> • Studien von Kindern ohne AHT* • Fallberichte und nicht konsekutive Fallserien • unzureichende Methode der augenärztlichen Untersuchung				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Binenbaum, G et al. (2016). The	Retrospektive	<u>Anzahl:</u> • Patienten = 52 Kinder	Retrospektive Datenanalyse von Kindern < 2 Jahre, die zwischen	Bestimmung des Auftretens und des	Insgesamt wurden 91 Augen von 52 Kindern untersucht.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Intraretinale

natural history of retinal hemorrhage in pediatric head trauma USA	Kohorten-studie	• 91 Augen wurden untersucht <u>Patientenalter:</u> • mittlere Alter betrug 6,7 +/- 7,7 Monate <u>Ursache der retinalen Blutung:</u> • 45 Kinder Misshandlung • 7 Kinder mit akzidenteller Verletzung <u>Einschlusskriterien:</u> • Kinder <2 Jahren mit Kopfverletzung (Misshandlung oder akzidentell) und dem Nachweis retinaler Blutungen in der Erstuntersuchung und mit einer Folgeuntersuchung <u>Ausschlusskriterien:</u> • Kinder mit einer initialen Augenuntersuchung, die mehr als 72 Stunden nach der Vorstellung im Krankenhaus zurückliegt; unabhängig davon,	2001 und 2009 aufgrund einer Kopfverletzung im Children's Hospital in Philadelphia behandelt wurden und bei denen auch eine retinale Blutung in einem oder beiden Augen bei der ersten ophthalmologischen Untersuchung bestand. Es wurde bewußt keine Unterscheidung der Befunde von Kindern mit Misshandlung oder akzidenteller Verletzung vorgenommen. Die Diagnose der Misshandlung wurde von einem multidisziplinären Team bestätigt. Die Einteilung der retinalen Blutungen erfolgte in intraretinal (IRH*) und präretinal (PRH*). Der Schwergrad der intraretinalen Blutungen wurde anhand der Anzahl der Blutungen eingeteilt: mild (0-10), moderate (10-20) oder mehrere (>20), bzw. zu viele zu zählen, um sie zu zählen (TNTC*)	zeitlichen Verlaufes retinaler Blutungen bei Kleinkindern mit Kopfverletzung.	• Bei der Erstuntersuchung hatten 25% der Augen nur IRH* und 75% sowohl PRH* als auch IRH* • PRH* alleine war nicht nachweisbar • bei keinem Auge hatte sich die Blutung verschlechtert <u>Intraretinale Blutungen (IRH*):</u> • alle Augen hatten IRH , davon hatten 62 Augen TNTC • bei allen Augen (bis auf ein Auge) waren die IRH innerhalb von 1-2 Wochen verschwunden • TNTC der IRH bestanden nicht länger als ein paar Tage. • Die längste isolierte IRH dauerte 32 Tage. <u>Präretinale Blutungen (PRH*):</u> •PRH war in 68 Augen vorhanden •sie bestanden 5-111 Tage	Blutungen verschwinden schnell, während präretinale Blutungen für viele Wochen bestehen bleiben können. Der Nachweis zahlreicher intraretinaler Blutungen zeigt an, dass ein Trauma innerhalb weniger Tage vor der Untersuchung aufgetreten ist, während das Vorhandensein von präretinalen Blutungen ohne oder mit wenigen intraretinalen Blutungen Tage bis Wochen zum Zeitpunkt der Untersuchung zurückliegt. Um diese Muster genau zu identifizieren, sollten Augenuntersuchungen sobald wie möglich nach der Aufnahme, vorzugsweise innerhalb von 24-48 Stunden, durchgeführt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie beschäftigt sich mit einer interessanten Frage: Zu welchem Zeitpunkt treten retinale Blutungen auf und wie lange sind sie nachweisbar. Leider ist bei der Studie keine Ausgangskohorte benannt, also wie viele Kinder < 2 Jahre mit einer Kopfverletzung behandelt wurden in dem benannten Zeitraum. Die Ursachen der retinalen Blutung werden benannt. Es werden sowohl die Blutungen von misshandelten Kindern als auch die Blutungen verunfallter Kinder untersucht. Die Anzahl der Patienten ist gering.

EVIDENZLEVEL 2+		ob es sich um das primäre Studienkrankenhaus oder um ein anderes Krankenhaus handelte				**STÄRKEN:** GUT GEWÄHLTE PATIENTENKOHORTE **SCHWÄCHEN:** Untersuchungszeitpunkte unterschiedlich Auswertung erfolgte nicht blind An Stellen, an denen ein gewisser Grad an Kenntnis unvermeidbar ist, wurde dies nicht im Ergebnis berücksichtigt Konfidenzintervalle wurden nicht erhoben
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire SA et al. (2013). Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review UK	Systematic Review	Von 338 Studien werden 62 Studien eingeschlossen. <u>Studientypen:</u> • 8 vergleichende Studien • 2 vergleichende Fallserien • 1 prospektive Kohortenstudie • 1 Fall-Kontroll-Studie • 1 retrospektive Kohortenstudie • ansonsten Fallreports und Fallserien <u>Anzahl der Patienten:</u> n= 998 Kinder, davon 504 mit AHT[#] <u>Alter der Patienten:</u>	Systematische Suche in 12 Datenbanken von 1950 bis Januar 2009 in allen Sprachen. Standardisierte Bewertung der Artikel und Durchführung einer multivariable logistischen Analyse zur Bestimmung einer Odds Ratio (OR) und der Wahrscheinlichkeit von AHT*.	Beschreibung der Netzhautzeichen zur Unterscheidung von misshandlungsbedingter Kopfverletzung (AHT*) von nicht-misshandlungsbedingter Kopfverletzung (nAHT*).	Bei den Kindern der Studien wurden retinale Blutungen bei 78% der Kinder mit AHT[*] und bei 5% der Kinder mit nAHT* gefunden. Die retinalen Blutungen waren bilateral bei 83% der Kinder mit AHT*· und bei 8,3% der Kinder mit nAHT*. Retinale Blutungen bei Kindern mit AHT* waren zahlreich; Retinale Blutungen bei Kindern mit nAHT* fanden sich im hinteren Pol und nur zu 10% in der Peripherie. Die Odds Ratio für ein Kind mit Kopftrauma und retinaler Blutung liegt bei 14,7 (95% Konfidenzintervall 6,39, 33,62) für ein AHT[*] und die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung bei 91%. Prävalenzen anderer Netzhautzeichen	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Das Systematische Review ergibt, dass das Muster der retinalen Blutungen bei abusive head trauma wie folgt aussieht: die Blutungen sind zahlreich und in beiden Augen und in allen Schichten der Netzhaut vorhanden bis zur Ausdehnung der Peripherie. Retinale Blutungen sind selten bei akzidentellen Unfällen und dann überwiegend einseitig, die Anzahl ist gering und betrifft den hinteren Pol. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes systematisches Review. Es wird die Konfirmation der Diagnose Misshandlung und die ophthalmologische Untersuchung als Einschlusskriterium benannt. Entsprechend sind 62 Studien eingeschlossen, die zum Teil auch aus Fallserien bestehen. Die Er-

		• < 3 Jahre bei den vergleichenden Studien <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien mit Kindern zwischen 0 bis 11 Jahren • Bestätigung der Diagnose Misshandlung • Studien, in denen die augenärztliche Untersuchung durch einen Augenarzt durchgeführt wird • Beschreibung der augenärztlichen Untersuchung in Bezug auf Ausprägung, Lokalisation und Lage <u>Ausschlusskriterien:</u> • Konsensusbeschlüsse, persönliche Statements • Studien, die Netzhautzeichen nicht mit Misshan-dlung in Verbringung bringen (wie Augenope-rationen, Solide Tumoren; Post mortem Unter-suchungen ohne vorherige Untersuchungen des lebenden Kindes; medizinische Ursachen von retinalen Blutungen; retinale Blutungen der postnatalen Periode; stumpfes			bei AHT* konnten nicht bestimmt werden.	gebnisse sind nachvollziehbar. Als weitere klinische Zeichen eines misshandlungsbedingten Schädeltraumas werden klinisch neurologische Zeichen und radiologische Befunde (CT und MRT) hinzugezogen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** Zeitraum der Veröffentlichung ein Einschlusskriterium Ausgeschlossene Lit nicht aufgelistet

		Trauma des Auges) • Studien, in denen die augenärztliche Untersuchung nicht durch einen Augenarzt durchgeführt wird				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Maguire, SA et al. (2013). A Systematic Review of the Differential Diagnosis of Retinal Haemorrhages in Children with Clinical Features associated with Child Abuse UK	Systematic Review	Von 8422 Studien waren 338 Studien relevant und 20 Studien wurden eingeschlossen. <u>Studientyp:</u> • Fallstudien und Fallserien • Querschnittsstudien <u>Patientenalter:</u> Altersrange von 6 Tagen bis 14 Jahre <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien mit Kindern <15 Jahre mit, die von einem Augenarzt untersucht wurden • Studien mit bestätigter organische Ursache und Ausschluss einer Misshandlung • Optimaler Studientyp wäre eine Beobachtungsstudie (entweder	Systematische Literatursuche in mehreren Datenbanken und Websites im Zeitraum von 1950 bis Januar 2009 in allen Sprachen. Standardisierte Datenextraktion und kritische Beurteilungen beruhten auf Kriterien des National Health Service's Centre for Reviews and Dissemination.	Welche Bedingungen und klinischen Merkmale einer Misshandlung sind mit retinalen Blutungen assoziiert? Gibt es einen Zusammenhang bei Ereignissen wie Krampfanfällen, Husten, kardiopulmonale Reanimation oder akut lebensbedroh-lichen Ereignissen (ALTE) und Kindern mit retinalen Blutungen?	Die 20 eingeschlossenen Studien identifizierten in Bezug auf retinale Blutungen: • relevante (Stoffwechselerkrankungen, knöcherne Dysplasien, Blutungsstörungen und Gefäßmissbildungen) • kein Nachweis retinaler Blutungen bei Kindern mit einem Husten (100 Kinder) oder akutem lebensbedrohlichem Ereignis (184 Fälle) • Nachweis retinaler Blutungen bei nur zwei von 217 Kindern mit Krampfanfällen; diese fanden sich im hintere Pol und waren einmal einseitig und das andere Mal beidseitig • Nachweis einer winzigen retinalen Blutung bei einem von 43 Kindern mit kardioplumonaler Reanimation; wobei dieses Kind eine Gerinnungsstörung hatte und 60 Minuten wiederbelebt wurde	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Der Kindesmisshandlung bleibt bei Kleinkindern die häufigste Ursache von retinalen Blutungen, obwohl auch seltene Erkrankungen in Erwägung gezogen werden sollten. Es liegen keine ausreichenden Daten, inwieweit eine kardioplumonale Reanimation (CPR) zu retinalen Blutungen führt. HAUPT-PRAKTIKER-NACHRICHT: • Retinale Blutungen sind stark mit misshandlungsbedingtem Kopftrauma assoziiert, müssen aber unter bestimmten medizinischen Bedingungen beschrieben werden • Weder Husten noch ALTE sind mit retinalen Blutungen assoziiert, die bei <3% der Kinder mit Krampfanfällen gefunden wurden. Es gibt unzureichende Daten, um zu dem Schluss zu kommen, dass CPR mit retinalen Blutungen assoziiert ist. • Fallstudien von Kindern mit retinalen Blutungen zeigen eine Überschneidung von körperlicher Misshandlung und bestimmte metabolische, vaskuläre und

		eine Längskohorte oder eine groß angelegte Querschnittsstudie); angesichts der Seltenheit der fraglichen Bedingungen werden auch Fallreihen oder Fallstudien akzeptiert Ausschlusskriterien: • Studien mit Angabe organischer Ursachen ohne eine sichere Bestätigung •Studien mit gemischten Daten, bei denen die Daten der Kinder nicht separat betrachtet werden können • Studien mit Kindern mit ausgeprägter Verletzung des Auges, Frühgeborenenretinopathie, Diabetes mellitus, chirurgischer Versorgung vor der RH-Erkennung, Koagulopathie oder schwerer Anämie • Post-mortem-Studien				hämatologische Erkrankungen , sowie knöcherne Dysplasien (insbesondere Osteogenesis imperfecta) *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Systematic Review besteht aus Fall-Serien und Querschnittsstudien und ist gut gemacht.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG **SCHWÄCHEN:** Zeitraum der Veröffentlichung ein Einschlusskriterium Ausgeschlossene Lit nicht aufgelistet
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Morad, YK et al. (2003). Nonophthalmologist accuracy in diag-	Fallserie	Patientenzahl: n= 75 Kinder Patientenalter:	Überprüfung der Daten aller Patienten, die mit Shaken Baby Syndrome (SBS*) diagnostiziert und eine Augenuntersuchung	Vergleich der Ergebnisse der Funduskopien von Nicht-	• Es wurden 75 Kinder mit SBS* diagnostiziert • Bei 72 Kindern waren die allgemei-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Nicht-AugenärztInnen untersuchten den Fundus nicht (36%) oder waren

nosing retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome Kanada		• Alter von 10.6 ± 10.4 Monate (Range, 2-48 Monate) <u>Einschlusskiterien:</u> • Patienten mit diagnostiziertem Shaken Baby Syndrome und einer vorliegenden Untersuchung des Augenarztdienstes	erhielten in der Zeit von Januar 1993 bis Dezember 1999 im Hospital for Sick Children Toronto. Die Diagnose SBS erforderte mindestens zwei der folgenden Merkmale: charakteristische neuroradiologische Anomalien; Skelettverletzungen; retinale Blutungen; Angaben einer Misshandlung inklusive des Schüttelns. Die Ergebnisse der Funduskopien von Nicht-AugenärztenInnen AugenärztInnen wurden verglichen.	AugenärztenInnen und denen von AugenärztInnen.	nen Aufzeichnungen brauchbar • Bei 26 Kindern von den 72 Kindern war (36%) die Dokumentation des Augenbefundes nicht ausreichend • Bei 14 Kindern (19%) von den 72 Kindern wurde die Netzhaut versucht zu untersuchen; dies schlug jedoch fehl • Bei 32 Kindern (44%) von den 72 Kindern wurde die Netzhaut erfolgreich durch einen Nicht-AugenarztIn untersucht • Bei 28 Kindern (88%) von den 32 Kindern war die Funduskopie akkurat • Es zeigte sich bei den 32 Kindern keine falsch positive Untersuchung • Bei 4 Kindern (12%) von den 32 Kindern bestand eine falsch negative Funduskopie; innerhalb von 24 Stunden wurde auch bei diesen Kindern eine retinale Blutung durch einen AugenarztIn diagnostiziert.	"unfähig" (19%) den Fundus bei 72 Kindern mit der Diagnose Shaken-Baby-Syndrom zu untersuchen. Bei der Untersuchung der Netzhaut waren die Nicht-AugenärztInnen in der Lage, das Vorhandensein von Netzhautblutungen bei 87% der Kinder zu erkennen. Es traten jedoch falsch-negative Untersuchungen bei 13% der Kinder auf. Augenärzte sollten ein integraler Bestandteil bei der Beurteilung von Kindern mit Verdacht auf Misshandlung sein. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Studie wird als Fallserie gewertet und behandelt die Augenuntersuchung durch einen Spezialisten oder Nicht-Spezialisten. Bei der Auswertung zeigt sich jedoch, dass die Untersuchung durch Nicht-Spezialisten nicht standardisert erfolgte. Sie nutzten nicht die indirekte, sondern die direkte Funduskopie, sodass die Beurteilung der Peripherie entfiel. Sie notierten nicht die Anzahl und Lokalisation der Blutungen und benutzten keine Tropfen zur Pupillenerweiterung. Inwieweit die Untersuchungsergebnisse durch Nicht-Spezialisten unter anderen Bedingungen ausfallen würde, kann an dieser Fallserie nicht abgelesen werden. Die vier falsch negativen Kinder wurden innerhalb von 24 Stunden durch einen

						Augenarzt untersucht und so wurden auch bei diesen vier Kindern retinale Blutungen entdeckt.
EVIDENZLEVEL 3						**STÄRKEN:** AUSWAHL DER PATINETENGRUPPE **SCHWÄCHEN:** Beschreibung der Untersuchung fehlt
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Piteau, SJ et al. (2012). Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review Kanada	Systematic Review	Von 593 Artikeln wurden von 85 relevanten Studien 24 Studien eingeschlossen. <u>Studientyp:</u> • 12 retrospektive Studien • 12 prospektive Studien <u>Anzahl der Patienten:</u> n= 2023 Kinder <u>Alter der Patienten:</u> • für Kinder mit nachgewiesener Misshandlung: Altersspanne von 2,1 bis 22 Monate • für Kinder mit akzidentelle Verletzung: Altersspanne von 5,64 bis 43 Monate <u>Charakteristika der Studien:</u>	Systematische Suche in Medline (1950 bis November 2010) und Embase (1980 bis November 2010) und PubMed, Konferenzabstracts und Referenzlisten in allen Sprachen. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. <u>Beurteilung der Methodik Qualität:</u> 1. Charakteristika der Studie 2. Beschreibung der Studienpopulationen 3.Bewertung zur Bestimmung von AHT* und nAHT* , 4. Art des Kopftraumas, 5. andere klinische Merkmale Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Katego-risierung nach Maguire et al. 2005*. Bei Kategorie 1 und 2 war die Quali-	Suche nach klinischen und radiologischen Merkmalen, um misshandlungs-bedingtes Kopftrauma (AHT*) und nicht-misshandlungs-bedingtes Kopftrauma (nAHT*) bei Kindern festzustellen.	Von den 24 eingeschlossenen Studien wurden 21 Studien mit einer Kategorie 1 und 2 nach Maguire et al** als qualitativ hoch bewertet. Es erfolgte eine Metaanalyse von 19 Studien ungeachtet hoher statistischer Heterogenität für klinische und radiographische Merkmale. Bei der Untersuchung von Studien, die als qualitativ hoch bewertet wurden, wurden Merkmale gefunden, • die signifikant mit AHT$^{\#}$ assoziiert waren: subdurale Blutungen, zerebrale Ischämie, retinale Blutungen, Schädelfrakturen mit intrakraniellen Verletzungen, metaphysären Frakturen, Frakturen der langen Röhrenknochen, Rippenfrakturen, Krampfanfälle, Apnoe und keine plausible Anamnese. • die signifikant mit nAHT* assoziiert waren: epidurale Blutungen, Kopfhautschwellung und isolierte Schädel-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Klinische und radiologische Merkmale, die mit AHT und nAHT assoziiert sind, wurden trotz Einschränkungen in der Literatur identifiziert. Diese systematische Überprüfung unterstreicht auch die Notwendigkeit konsequenter Kriterien bei der Ermittlung und Berichterstattung der klinischen und radiologischen Merkmale im Zusammenhang mit AHT und nAHT. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Bewertung der einzelnen Studien erfolgte hauptsächlich nach inhaltlichen Kriterien. Die Bewertung der Bestätigung der Diagnose Kindesmisshandlung führte zu einer hohen oder niedrigen Qualitätsbewertung. Studien mit der Kategorie 1 und 2 zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung wurden bei den Ergebnissen berücksichtigt. Eine Metaanalyse oder eine logistische oder lineare Regression zur prozentualen

		• 15 Studien: Kinder mit subduraler Blutung • 10 Studien: Kinder mit retinaler Blutung, subarachnoidaler Blutung, epiduraler Blutung, Krampfanfall, Unfallmechanismen (bei Verkehrsunfällen, Stürzen und bezeugte zugefügte Angriffe) <u>Herkunft der Studien:</u> USA: 16 Studien, UK: 3 Studien Frankreich: 2 Studien Norwegen, Australien, Neuseeland: jeweils 1 Studie <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien von Kindern ≤6 Jahre, die stationär mit einem Kopftrauma* aufgenommen wurden und Merkmale von Anamnese, Vorstellung des Kindes, körperliche Zeichen oder Zeichen der Bildgebung bei Kindern mit AHT* und nAHT* verglichen wurden • Studien, die zwischen AHT* und nAHT* unterschieden (Bestätigung	tät hoch und bei Kategorie 3-5 war die Qualität niedrig.		frakturen. • die mit AHT* und nAHT* assoziiert: subarachnoidale Blutungen, diffuse axonale Verletzungen, zerebrales Ödem, blaue Flecken im Kopf- und Halsbereich und Erbrechen. <u>Einzelanalyse für retinale Blutungen (Odds ratio):</u> OR (95% CI); OR >1 spricht eher für Misshandlung; OR <1spricht eher für keine Misshandlung • alle Studien : OR 27.12 (15.70–46.84); p < 001 • High-quality Studien (n=12): OR 28.24 (15.37–51.90) p <,.001	Einordnung einzelner Verletzungsformen der Diagnose misshandlungsbedingte Schädel-Hirn-Verletzung konnte nicht durchgeführt werden.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** GUTE METHODISCHE AUFARBEITUNG, PROSPEKTIVE STUDIEN **SCHWÄCHEN:** RETROSPEKTIVE STUDIEN. Ausgeschlossene Lit ist nicht aufgeführt

		der Diagnose AHT* anhand Maguire et al.2005**) <u>Ausschlusskriterien:</u> • Übersichtsartikel, Meinungen, Konsensus-Statements • Studien zur Beurteilung misshandlungsbedingter Verletzungen ohne Kopftrauma • nichtvergleichende Studien von AHT* • Studien, die keine stationär aufgenommen Kinder untersuchten • Studien mit nur klinischen oder postmortem Untersuchungen oder dem Management von AHT* • Studien mit methodischen Schwächen • Studien mit signifikanten Bias (Signifikante Bias waren Studien, die dieselben Merkmale für die Diagnose und die Charakterisierung der Misshandlung nutzten, z.B. das Kopftrauma war der primäre Faktor, der verwendet wurde, um Misshandlung zu definieren und wurde dann				

		als ein Merkmal der Misshandlung analysiert.)				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries Last updated: August 2014. UK	Update Systematic Review	Von 374 Studien wurden für: <u>Outcome 1:</u> 20 Studien wurden eingeschlossen • 11 Studien: 0-4 Jahre • 5 Studien: 0-22 Monate • 3 Studien: 0-12 Monate 1 Studie: 0-24 Monate <u>Outcome 2:</u> 16 Studien wurden eingeschlossen • 13 Studien: < 3 Jahre 3 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 3:</u> 25 Studien wurden eingeschlossen • 21 Studien: < 3Jahre • 4 Studien: 0-16 Jahre <u>Outcome 4:</u> • 1 Studie wurde eingeschlossen <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien mit Kindern im Alter von 0 Jahren bis 18	Systematische Suche in 14 Datenbanken von 1970 bis 2014 und 5 Websites zum Datum 12.08.2014 in allen Sprachen. Standards der Datenextraktion wurden nach der Anleitung des NHS Center for Reviews and Dissemination genutzt. Die Studien wurden von zwei Gutachtern unabhängig bewertet. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung erfolgt nach Kategorisierung nach Maguire et al. 2005**. Bei Kategorie 1 und 2 war die Qualität hoch und bei Kategorie 3-5 war die Qualität niedrig.	4 Outcomes <u>Outcome 1:</u> Ziel der Studie war es, den relativen Wert einer MRT-Untersuchung zusätzlich zur anfänglichen CT-Untersuchung zu analysieren und den Anteil der Fälle abzuschätzen, in denen eine zusätzliche MRT ergänzende Informationen zu einer anfänglichen CT-Untersuchung liefern würde. <u>Outcome 2:</u> Untersuchung folgender Merkmale für AHT*: • Apnoe •Netzhautblutungen • Rippenfrakturen • Lange Knochenbrüche	• Bei einem akut kranken Kind ist eine Computer-tomographie (CT) die bevorzugte Bildgebungstechnik. • Bei auffälligem CT oder klinischen Bedenken sollte die Magnetresonanztomographie (MRT) mit diffusions-gewichteter Bildgebung (DWI) durchgeführt werden, da sie die Fähigkeit hat, weitere intrakranielle Verän-derungen zu identifizieren. • Ultraschalluntersuchung sollte niemals als diagnostische Untersuchung herangezogen werden, da sie zwar einige Merkmale zeigte, aber viele andere verpasst. • Es ist wichtig, dass bei allen Kindern mit vermutetem AHT* eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) stattfindet, um retinale Blutungen auszuschließen. • Skelett-Screening mit schrägen Aufnahmen der Rippen sollten bei allen Kindern unter 2 Jahren mit Verdacht auf AHT* durchgeführt werden. • Bei Kindern unter 3 Jahre finden	*Schlussfolgerung der Autorinnen/ Autoren der Studie:* Dieses systematische Review bewertet die Literatur über misshandlungsbedingte und nicht-misshandlungsbedingte neurologische Verletzungen bei Kindern, die bis August 2014 veröffentlicht wurde und spiegelt die Ergebnisse der geeigneten Studien wider. AHT* bleibt die häufigste Form der tödlichen Kindesmisshandlung und betrifft vorwiegend Säuglinge. Während es eine große Anzahl von Studien in Bezug auf Wirbelsäulenverletzungen gab, konnten keine neuen Studien zu neuroradiologischen oder klinischen Merkmale von misshandlungsbedingtem Kopftrauma eingeschlossen werden. Eingeschlossen wurde eine Studie, die sich mit der Möglichkeit der Datierung von subduralen Blutungen durch Neuroradiologen beschäftigte. Es ist bekannt, dass die Diagnose eines AHT* bei einer Großzahl der Kinder übersehen wird, wenn sie mit Kinderärzten in Kontakt kommen. Wir hoffen, dass das Review, bei der gegenwärtigen Diskussion zur Fähigkeit

		Jahre • vergleichende Beobachtungssstudie (Querschnitts-/ Fallsteuerung/Fallreihe/ Längskohorte) • Studien mit Kindern mit AHT* • Studien mit Kategorie 1 und 2 zur Bestätigung der Diagnose AHT* • Studien mit bestätigter Ätiologie für nAHT* • Studien bei denen die Kinder lebten • Studien mit relevanten klinische Angaben <u>Ausschlusskriterien:</u> • Studien über Komplikationen, Management oder Prognose von AHT* / nAHT* • Nichtvergleichende Studien • Konsensaussagen oder persönliche Meinungen • postmortem Studien • Studien mit gemischten Erwachsen-en- und Kinderdaten, bei denen die Kinderdaten nicht extrahiert werden können • Methodisch fehlerhafte Studien (z. B. signifi-		• Blut in den Kopf und / oder Hals • Krampfanfälle • Schädelfrakturen <u>Outcome 3:</u> Suche nach neuroradiologischen Unterschieden bei AHT* und nAHT*. <u>Outcome 4:</u> Ist eine Datierung der neuroradiologischen Merkmale bei AHT* möglich?	sich bestimmte Merkmale (Netzhautblutung, Apnoe) bei Kindern mit AHT* eher als bei Kindern mit nAHT*.	der Erkennung von AHT* bei Kindern, helfen kann. Neue qualitativ hochwertige Studien haben es uns ermöglicht, die ursprüngliche Metaanalyse der neuroradiologischen Merkmale zu aktualisieren, die die Misshandlung von nAHT* unterscheiden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das Update ist gut gemacht, erbrachte jedoch keine neuen Erkenntnisse für die Studien bis zum August 2014. Die neu gestellte Frage der Datierung neuroradiologischer Zeichen konnte nicht beantwortet werden. Dafür formulieren die Autoren nachvollziehbare und vertretbare Empfehlungen.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Prospektive Studien und gute Ein- und Ausschlusskriterien der Studien halten den selection bias gering, gute Vergleichbarkeit der Fall- und Kontrollgruppen **SCHWÄCHEN:** NICHT ERKENNBAR

		kante Bias, bei denen AHT* nicht hinreichend bestätigt wurde oder wo unzureichende klinische Details gegeben wurden) • Studien mit nur Kopfverletzungen ohne intrakranielle Verletzungen • Studien mit Kategorie 3 bis 5 zur Bestätigung der Diagnose Misshandlung				

Referenz/Land	Studientyp	Teilnehmende (Anzahl und Charakteristika)	Intervention/Kontrolle	Outcome	Hauptergebnisse	Zusammenfassende Beurteilung
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic Review on Retinal findings. UK	Systematic Review als Update	Von 376 Studien war die Studienanzahl für die einzelnen Outcomes/Fragen des Systematic Review wie folgt: <u>Studienanzahl:</u> •71 Studien wurden eingeschlossen (Frage 1) •30 Studien wurden eingeschlossen (Frage 2) •15 Studien wurden eingeschlossen (Frage 3) •Kein Artikel wurde eingeschlossen (Frage 4) •4 Studien wurden eingeschlossen (Frage 5) <u>Patientenalter:</u> •Kinder <11 Jahre (Frage1, 2, 4, 5) • Neugeboren (Frage 3) <u>Einschlusskriterien:</u> • Studien mit Kindern zwischen 0 bis 11 Jahren • Studien, in denen die Kopfverletzung als Miss-	Update von drei Systematischen Reviews: <u>Update von:</u> 1) Maguire et al. (2013). Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: A systematic review. Eye. 2013; 27:28-36. 2) Maguire et al. (2013). A systematic review of the differential diagnosis of retinal haemorrhages in children with clinical features associated with child abuse. Child Abuse Review. 2013;22(1):29-43. 3) Watts et al. (2013). Newborn retinal hemorrhages: A systematic review. Journal of AAPOS. 2013;17(1):70-78 Systematische Literatursuche in 11 Datenbanken, 2 gelisteten Websites im Zeitraum von 1950 bis Januar 2015 und Handsuche in 6 gelisteten Zeitschriften in allen Sprachen. Standardisierte Datenextraktion und kritische Beurteilungen beruhten auf Kriterien des National Health Service's Centre for Reviews and Dissemination.	<u>Frage 1:</u> Welche Unterschiede bestehen bei retinalen Blutungen durch misshandlungsbedingte Kopftrauma oder durch ein akzidentelles Kopftrauman <u>Frage 2:</u> Welche Differentialdiagnosen sind bei retinalen Blutungen bekannt in Zusammenhang mit Misshandlung? <u>Frage 3:</u> a)Was sind retinale Befunde bei Neugeborenen? b) Welche geburtshilflichen Korrelate gibt es in Bezug auf retinale Blutungen? c) Wie entwickeln sich retinale Blutungen bei Neugeborenen? Frage 4: Kann man	• Es gab keine neue Studien zur Metanalyse: Die aktuelle Meta-Analyse unterstreicht die Assoziation zwischen Netzhautblutung und misshandlungsbedingten Kopftrauma (Odds Ratio von 15,31, 95% CI 18,78-25,74). • Es gab neue Studien zu retinalen Blutungen bei Neugeborenen und anderen Krankheitszuständen: Hier wurde Charakteristika retinaler Befunde bei Misshandlung dargestellt. • AugenärztInnen können ein direktes Trauma des Auges als Folge einer direkten Misshandlung identifizieren,; bis heute gibt es keine groß angelegten Vergleichsstudien, bei denen Augenverletzungen aufgrund von Misshandlung gegenüber denen aufgrund von Unfallverletzungen auftreten. • Mit der Zunahme von MRT´s zeigen aktuelle Studien die Korrelation zwischen intrakraniellen Merkmalen und retinalen Blutungen bei Misshandlung, um die Datierung dieser Verletzungen zu ermöglichen.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Dieses systematische Review wertet die wissenschaftliche Literatur zu misshandlungsbedingten und nicht misshandlungsbedingten retinalen Befunden bei Kindern mit einer Kopftrauma, die bis Januar 2015 veröffentlicht wurden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Gut gemachtes Systematic Review mit 5 Fragestellungen, die beantwortet werden. Neue Aussagen werden nicht getroffen. Das Systematic Review schließt Studientypen von Querschnitts-, Kohortenstudien und Fallserien ein und wird somit als 2++ gewertet. Das Systematic Review nutzt eine sinnvolle Beschreibung von verschiedenen Rankings von Misshandlung im Allgemeinen und im Speziellen für retinale Blutungen, die durch Kriterien gekennzeichnet sind. Diese beziehen sich auf: 1. Criteria used to define abuse 2. Confirmation of active exclusion of abuse from non-abused group 3. Confirmation of accidental/unintentional traumatic causes of retinal findings 4. Confirmation of medical causes of retinal findings

EVIDENZLEVEL 2++		handlung oder auch als akzidentelles Trauma bestätigt wird • Studien, in denen die augenärztliche Untersuchung durch Augenarzt durchgeführt wird • Beschreibung der augenärztlichen Untersuchung in Bezug auf Ausprägung, Lokalisation und Lage • Vergleichende Studien Spezielle Einschlusskriterien • Studien mit Bestätigung der medizinischen Diagnose (Frage2) • Studien mit augenärztlicher Untersuchung durch einen Augenarzt innerhalb der ersten 120 Stunden (5 Tage) der Geburt und nach speziellem Procedere (Frage 3) Ausschlusskriterien: • Konsensusbeschlüsse, persönliche Statements • Studien, die Netzhautzeichen nicht mit Misshandlung in Verbringung bringen (wie Augenoperationen, Solide Tumoren; medizinische Ursa-		retinalen Blutungen ein Datum zuschreiben? Frage 5: Welche charakteristischen Merkmale von Augenverletzungen sind bei Kindesmiss-handlung oder Vernachlässigung vorhanden?		**STÄRKEN:** HOHE VERGLEICHBARKEIT DER STUDIENKOHORTEN, VALIDE ERFASSUNG DER ENDPUNKTE **SCHWÄCHEN:** Zeitraum der Veröffentlichung ein Einschlusskriterium Ausgeschlossene Lit ist nicht aufgelistet

		chen von retinalen Blutungen; retinale Blutungen der postnatalen Periode; stumpfes Trauma des Auges) • Studien, in denen die augenärztliche Untersuchung nicht durch einen Augenarzt durchgeführt wird • postmortem Studien				
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Watts, P et al. (2013). Newborn retinal hemorrhages. A systematic review UK	Systematisches Review	Von 935 Studien waren 45 Studien relevant und 13 Studien wurden eingeschlossen. <u>Studientypen:</u> • 4 prospektive Kohortstudien • 9 Fallserien <u>Patientenanzahl:</u> n= 1.777 Kinder <u>Einschlusskriterien (Short):</u> • Studien mit Untersuchung durch einen Augenarzt • Studien, die eine indirekte Ophthalmoskopie verwenden • Studien, die eine erste	Systematische Literatursuche in 10 Datenbanken und Websites im Zeitraum von 1970 bis Januar 2011 in allen Sprachen und dem zusätzlichen Gebrauch der Snowball-Technik. Standardisierte Datenextraktion und kritische Beurteilungen beruhten auf Kriterien des National Health Service's Centre for Reviews and Dissemination. Zusätzlich ist ein Ranking für die Qualitätsstandard der Untersuchung der Augen beschrieben**.	Systematische Überprüfung von Merkmalen, Prävalenz, Entwicklung und Geburtsassoziationen von Netzhautblutungen (RH*) bei Neugeborenen.	Die Studien zeigten RH* bei Neugeboren, die wie folgt geboren wurden: •RH* bei 25,6% der Neugeborenen mit spontaner vaginaler Geburt • RH* bei 42,6% der Neugeborenen mit Vakuumextraktion (OR, 2.75; 95% CI, 1.32-5.70) • RH* bei 52% der Neugeborenen mit beiden Instrumenten (Zange und Vakuum) (OR, 3.27; 95% CI, 1.68-6.36) • Die Blutungen sind im Allgemeinen bilateral (59%) und von unterschiedlicher Schwere, von "mild" (22% -56%) bis zu "schwer" (18% -37%). Sie sind vorwiegend intraretinal und im hinteren Pol gelegen. • Die Mehrzahl der RH* (83%) war bis	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: In conclusion, retinal hemorrhages do occur in newborn infants, particularly after vacuum delivery; however, the infants in whom these are found are otherwise well. The RH are predominantly bilateral, intraretinal, and posterior. Limited available data noted that the majority resolving within 10 days and over 97% within 42 days. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Das systematische Review stellt bei schwacher Evidenz der eingeschlossenen Studien die Prävalenz von retinalen Blutungen bei Frühgeborenen dar.
EVIDENZLEVEL 2++		• Studien, die eine erste				**STÄRKEN:** AUSWAHL DER PATIENTENGRUPPE **SCHWÄCHEN:** FALLSERIEN,; DOKUMENTATION DER UNTERSUCHUNGEN UND –BEDINGUNGEN

		Untersuchung innerhalb von 96 Stunden nach der Geburt und vor der Entlassung aus dem Krankenhaus beinhalten <u>Ausschlusskriterien:</u> • Tierstudien • Fallstudien mit bestätigter oder vermuteter Kindesmisshandlung • Studien mit Frühgeborenen, die vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren wurden; miit einem Geburtsgewicht < 1500 g • Studien mit Säuglingen mit einer organischen Erkrankung (einschließlich Frühgeborenen-Retinopathie) oder nach einer augenchirurgischen Intervention • post-mortem-Studien • Studien mit Säuglingen, die ein stumpfes Trauma des erlitten haben • Studien, bei denen das Vorhandensein von Glaskörperblutungen die fundamentale Sicht verdeckten			zu 10 Tagen nachweisbar; Einzelfälle waren bis 58 Tag nachweisbar.	Zeitruam der Veröffentlichung ein Einschlusskriterium

Zahnärztliche Untersuchung						
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. (2016). Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect USA	Expertenmeinung	Patienten von ärztlichen Mitgliedern multidisziplinärer Kinderschutzgruppen. Kinder mit dentaler Vernachlässigung oder anderen Formen einer Kindeswohlgefährdung.	Expertenmeinung des Komitees der Amerikanischen Akademie der Pädiatrie für Kindesmissbrauch und Vernachlässigung und dem Rat der Amerikanischen Akademie der Kinderzahnheilkunde für klinische Angelegenheiten.	Überblick der oralen und dentalen Aspekte eines körperlichen und sexuellen Missbrauchs und einer dentalen Vernachlässigung und die Rolle der Ärzte und Zahnärzte bei der Bewertung solcher Bedingungen.	Einige Kinder, die zum ersten Mal zum Zahnarzt gehen, haben schwere frühkindliche Karies (früher als Babyflasche oder Pflegekaries bezeichnet); Sorgeberechtigte mit hinreichendem Wissen und vorsätzlichem Versäumnis sich um eine Versorgung zu kümmern, müssen von den Sorgeberechtigten ohne Kenntnis oder ohne Bewusstsein für das Bedürfnis ihres Kindes nach Zahnpflege unterschieden werden, um die Notwendigkeit, solche Fälle an Kinderschutzdienste zu melden, zu ermitteln. Das Versagen, einen Zahnarzt aufzusuchen, kann sich aus Faktoren, wie Familienisolation, dem Mangel an finanziellen Mitteln, der elterlichen Unwissenheit oder dem Mangel an wahrgenommenem Wert der Mundgesundheit, ergeben. Der Punkt, an dem das Verhalten eines Elternteiles fahrlässig zu betrachten ist und eine Intervention begonnen werden kann, erfolgt, nachdem das Elternteil von einem medizinischen Fachpersonal über die Art und das Ausmaß des Mundgesundheitszustandes des Kindes, die spezifische Behandlung und den Mechanismus des Zugangs zu dieser Behandlung ordnungsge-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Ärztliche Mitglieder von multidisziplinären Kinderschutzgruppen werden ermutigt Zahnärzte (pädiatrische Zahnärzte und Mund- und Kieferchirurgen) in ihrer Umgebung zu finden, die als Berater für die Kinderschutzgruppe fungieren. Darüber hinaus können im Kinderschutz erfahrene Ärzte sich in beratender Funktion den Zahnärzten und zahnmedizinischen Organisationen zur Verfügung stellen. Diese Anstrengungen stärken unsere Fähigkeit, Kindeswohlgefährdung zu verhindern und zu erkennen und verbessern unsere Fähigkeit, für Kinder zu sorgen und sie zu schützen. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Dentale Vernachlässigung wird deutlich erklärt. Guter Überblick über die Rolle der Zahnärzte bei Kindeswohlgefährdung.
Evidenzlevel 4						**Stärken:** Evidenz zitiert. Up to date review von Literatur **Schwächen:** nicht erkennbar

					mäß informiert worden ist. Der Arzt oder Zahnarzt sollte sicher sein, dass der/die Sorgeberechtigte die Erklärung der Krankheit und ihre Implikationen versteht und, wenn Barrieren für die notwendige Pflege vorhanden sind, versucht, die Familien bei der Suche nach finanziellen Hilfe, Transport oder öffentlichen Einrichtungen für benötigte Dienstleistungen zu unterstützen. Eltern sollten versichert werden, dass geeignete analgetische und anästhetische Verfahren bei der zahnmedizinischen Behandlung eingesetzt werden, sodass ihr Kind weder Schmerzen noch Stress empfindet. Wenn trotz dieser Information die Eltern versagen und keine Therapie annehmen, sollte der Fall der zuständigen Kinderschutzbehörde gemeldet werden.	
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**
Bhatia, SK et al. (2014).Characteristics of child dental neglect: a systematic review. UK	Systematic Review	Treffer insgesamt: 7166 (davon wurden 3303 Duplikaten entfernt) Treffer mit Zitat- und Zusammenfassungs-Screening: 3863 Volltexte mit Screening nach Relevanz: 563	<u>Durchsuchte Databanken</u> ASSIA (1987 – 2012) CINAHL (1960 – 2012) Cochrane Central Register of Controlled Trials (1960 – 2002) EMBASE (1980 – 2012) ERIC (1966 – 2012) HMIC (1983 – 2012) MEDLINE (1947 – 2012) MEDLINE In-Process and Other	Identifizierung von Merkmalen der dentalen Vernachlässigung bei Kindern	Bestimmte Merkmale der dentalen Vernachlässigung sind eindeutig identifizierbar: -das Aufsuchen einer zahnärztlichen Behandlung für signifikante Karies oder ein Trauma findet nicht statt oder verzögert sich - ein empfohlener Behandlungsverlauf wird nicht beachtet	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Die Definition für dentale Vernachlässigung lautet im Review wie folgt: „Neglect refers to the failure of a parent or guardian to meet a child's basic oral health needs, such that the child enjoys adequate function and freedom from pain and infection, where reasonable resources are availa-

		Volltexte für eine Bewertung: 83 Inkludierte Artikel: 9 Gesamtanzahl d. Kinder in den inkludierten Artikel: 1595 Kinder im Alter vom 0 – 15 Jahren 2 Fall-Kontrolle Studien (Kanada, Italien), 3 Fall Studien (USA), 1 Fall Serie (USA), 1 Querschnittsstudie (Australien), 2 retrospektive Kohortenstudien (USA, Schweden) <u>Einschlusskriterien:</u> • Primär Studien von Kinder im Alter vom 0 - <18 Jahren • Bestätigte Fälle einer dentalen Vernachlässigung (A-C2 Quality Standards for Confirmation of Oral Neglect) • Ausreichende Daten /Details zur Untersuchung des Kindes und den zahnärztlichen/oralen Merkmalen • Innere/Äußere orale	Non-Indexed Citations (2012) OpenGrey (1980 – 2012) SCOPUS (1960 – 2012) Social Services Abstracts (1979 – 2012) Sociological abstracts (1952 – 2012) Conference Proceedings Citation Index - Science (1990 – 2012) Conference Proceedings Citation Index - Social Science & Humanities (1990 – 2012) ISI Science Citation Index (1960 – 2012) ISI Social Science Citation Index (1960 – 2012) <u>Eigenhändig durchsuchte Journals</u> Child Abuse and Neglect (1979 – 2012) Child Abuse Review (1992 – 2012) New York State Dental Journal (2005 – 2012) Proceedings of the British Paedodontic Society. Continued as: International Journal of Paediatric Dentistry (1991 – 2012) <u>Durchsuchte Websites</u> American Academy of Pediatric Dentistry European Academy of Pediatric		-eine Verschlechterung der Mundgesundheit des Kindes wird nicht vermieden Anhand der inkludierten Artikel ist es nicht möglich einen Karies-Grenzwert für dentale Vernachlässigung zu definieren Mehrere Faktoren müssen vor der Diagnose der Zahnvernachlässigung berücksichtigt werden. Die Auswirkungen der Karies auf das Kind sollten beurteilt werden, zahnärztliche Aufzeichnungen studiert und elterliches Bewusstsein und Wissen, Zugang zu zahnärztlicher Versorgung und die Bereitschaft des Kindes bei der Verdacht auf zahnärztliche Vernachlässigung, sich einer Behandlung zu unterziehen, muss berücksichtigt werden.	ble to the family or caregiver." Der Artikel hebt den Mangel an Studien hervor, die die Merkmale der zahnärztlichen Vernachlässigung bei Kindern thematisieren, und weist daraufhin, dass die Forschungsgemeinschaft diesen Aspekt der Kindeswohlgefährdung ignoriert hat. Es war nicht möglich, einen Karies-Grenzwert zu definieren, der eine dentale Vernachlässigung differenziert. Mehrere Faktoren müssen vor der Diagnose der Zahnvernachlässigung berücksichtigt werden. Die Auswirkungen der Karies auf das Kind sollten beurteilt werden, zahnärztliche Aufzeichnungen studiert und elterliches Bewusstsein und Wissen, Zugang zu zahnärztlicher Versorgung und die Bereitschaft des Kindes bei Verdacht auf zahnärztliche Vernachlässigung, sich einer Behandlung zu unterziehen, muss berücksichtigt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Der Artikel konzentriert sich auf dentale Vernachlässigung und keine andere Formen der Kindeswohlgefährdung. Der Status der Kindeswohlgefährdung ist in dem Review nicht enthalten. Die inkludierten Artikel wurden kritisch beurteilt, dies wird in der Arbeit jedoch nicht diskutiert, obwohl viele Fallstudien oder Fall-Serien inkludiert wurden (also ist es nicht möglich die wissenschaftliche Qualität zu beurteilen).

EVIDENZLEVEL 2++		Merkmale, die mit einem referenzierten anerkannten Index identifiziert wurden oder nicht referenzierte Kriterien, die explizit und detailliert beschrieben werden (Quality Standards for Oral Examination) <u>Ausschlusskriterien:</u> • Studie bezieht sich auf Erwachsene - 18 Jahre und älter • Studie behandelt sexuellen oder körperlichen Missbrauch - entweder ausschließlich oder es nicht möglich die Ergebnisse differenzieren • Kein dentale Vernachlässigung • Dentale Vernachlässigung vermutet oder angegeben, ohne stützende Details (D Quality Standards for Confirmation of Oral Neglect) • Keine Daten/Unterlagen zur oralen Untersuchung des Kindes • Unzureichende Daten/Details für zahnärzt-	Dentistry British Society of Paediatric Dentistry British Society of Periodontology Google Scholar			**STÄRKEN:** Sehr ausführliche suche, auch für graue Literatur. **SCHWÄCHEN:** unbekannt, ob mehr als zwei Personen an Auswertung der Daten gearbeitet haben ausgeschlossene Studien sind nicht gelistet

		liche/orale Merkmalen • Formaler Konsens/Gutachten /Expertenmeinung/ Review/systematische Reviews				
Referenz/Land	**Studientyp**	**Teilnehmende *(Anzahl und Charakteristika)***	**Intervention/Kontrolle**	**Outcome**	**Hauptergebnisse**	**Zusammenfassende Beurteilung**

Harris, JC et al. (2009). British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children UK	Experten-meinung	Kinder mit dentaler Vernachlässigung oder andere Formen von Kindeswohlgefährdung.	Expertenmeinung der Britishe Society of Paediatric Dentistry basierend auf der Evidenz von 2009.	Überblick über Zahn- und Mundgesundheit und Kindesvernachlässigung.	**Definition für dentale Vernachlässigung:** Dentale Vernachlässigung kann definiert werden, wenn anhaltend versäumt wird, grundlegende Maßnahmen für die Zahn- und Mundgesundheit des Kindes zu erfüllen und damit zu einer ernsten Beeinträchtigung der oralen und allgemeinen Entwicklung führt. Sie kann isoliert auftreten oder kann ein Indikator für ein breiteres Bild für eine Kindeswohlgefährdung sein. Obwohl Zahnkaries eine vermeidbare Krankheit ist, kann ihr Auftreten an sich, bei Kindern mit extrem hohen Kariesniveaus, nicht als dentale Vernachlässigung angesehen werden. Es könnte eine große Vereinfachung sein, anzunehmen, dass es eine Schwellenzahl von kariösen Zähnen gibt, über die hinaus eine Diagnose der dentalen Vernachlässigung gemacht werden kann. Es bestimmen jedoch viele Variablen die individuelle Zahngesundheit, einschließlich ihrer individuellen Anfälligkeit für Karies, die Art der vorherigen Zahnpflege und regionale und soziale Ungleich-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Bei Kindern mit dem Risiko einer Kindeswohlgefährdung sollte auch das Risiko einer dentalen Vernachlässigung in Betracht gezogen werden. Mehrere Faktoren sollten berücksichtigt werden, bevor die Diagnose der dentalen Vernachlässigung gestellt wird. Es gibt keine Schwelle für die Anzahl kariöser Zähne, um Diagnose der dentalen Vernachlässigung zu stellen. Hinweise darauf sollten mit anderen Fachleuten wie Gesundheits- und Sozialpfleger diskutiert werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Guter Übersichtsartikel über dental neglect.

EVIDENZLEVEL 4					heiten, wie vorherige Erfahrungen in der Zahnversorgung und auch dem möglichen Zugang zur zahnärztlichen Versorgung. Eine sorgfältige Betrachtung all dieser Faktoren ist erforderlich, um zu einer Diagnose zu gelangen. Wenn ein Kind zu einem Zeitpunkt signifikanten Schaden aufgrund einer dentalen Vernachlässigung erleidet oder andere Zeichen einer Vernachlässigung zeigt, sollte ein Kinderschutzverfahren unter regionalen Bedingungen eingeleitet werden. Bei Fragen oder Bedenken sollte nicht gezögert werden, andere Fachleute zu kontaktieren, um gemeinsam zu diskutieren und weitere Schritte zu planen.	**STÄRKEN:** Evidenz zitiert **SCHWÄCHEN:** nicht erkennbar
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Maguire, SA et al. (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. UK	Systematic Review	• 154 Studien überprüft • 19 Studien wurden eingeschlossen • 591 Kinder in der Analyse • 21 Fallserien oder Fallstudien; 1 Fall-Kontrolle Studie <u>Einschlusskriterien</u> • Kinder von 0-18 Jahren	Systematische Literatursuche von Artikeln, Konferenzabstracts, Webseiten und Referenzen in allen Artikeln, einschließlich Rezension Artikel und relevante Lehrbücher von 1950 bis Juni 2006 in allen Sprachen. ASSIA 1987–Juni 2006 CareData 1980–Juni 2006	Suche nach der Evidenz eines zerrissenen Lippenbandes verursacht durch eine Misshandlung oder anderen intraoralen Verletzungen, die durch eine körperliche Misshandlung verursacht sind.	Diese Studie bestätigt, dass intraorale Verletzungen bei einer beträchtlichen Anzahl von Kindern, die körperlich misshandelt wurden, auftreten. Weit verbreitete Verletzungen sind die der Lippen, des Zahnfleisches, der Zunge und des Gaumens und zu ihnen gehören Frakturen, Verdrängung und Extraktion der Zähne, Blutergüsse, Rißverletzungen und Bisse. Es gibt einen Mangel an wissenschaft-	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie*: Es ist klar, dass Kinderärzte immer den Mund eines Kindes bei der Beurteilung eines Kindes bei Verdacht auf Misshandlung untersuchen sollten. Da es zweifelhaft ist, ob nicht-zahnärztliche Spezialisten die Bedeutung der grauen Verfärbung der Zähne als Mikrofraktur oder vorherige Verletzungen erkennen würden oder ob sie dies von der charakteristischen gelbbraunen bis grauen

		mit intraorale Verletzungen aufgrund körperlicher Misshandlung oder zerrissenes Lippenband jeder Ätiologie bei Lebenden und Toten • Intraoral = Der Bereich zwischen Lippenrotgrenze und dem Hypopharynx. <u>Ausschlusskriterien</u> • Review Artikel • Experten-Meinungen • Leitlinie ohne Evidenz • Studien mit gemischte Erwachsenen- und Kinderdaten, bei denen die Kinderdaten nicht extrahiert werden konnten • Studien, die Komplikationen oder Management von misshandlungsbedingten Verletzungen, intraorale Verletzungen aufgrund von sexuellem Missbrauch oder thermische Verletzungen oder zahnärztliche Vernachlässigung behandelt	ChildData 1958–Juni 2006 CINAHL 1982–Juni 2006 EMBASE 1980–Juni 2006 MEDLINE 1950–Juni 2006 Ovid MEDLINE Juni 2006 SIGLE 1980–Juni 2006 TRIP Database 1997–Juni 2006 Sciences Citation Index 1981–Juni 2006 ISI Proceedings 1990–Juni 2006		licher Literatur über das zerrissene Lippenband. Es gibt keine Studien, die die Inzidenz von zerrissenen Lippenband und Misshandlung definieren und keine, die die Verletzung bei misshandelten und nicht misshandelten Kindern vergleichen. Die Literatur enthält die Erwähnung von zerrissenen Lippenband, die nicht misshandlungsbedingt waren, und daher kann ein zerrissenes Lippenband nicht isoliert als pathognomonisch für körperliche Misshandlung.	Verfärbung, die in der Dentinogenese imperfecta gefunden wurden, selbstverständlich unterscheiden könnten, ist wichtig, Zahnarztkollegen einzubeziehen. Es gibt einen Mangel an wissenschaftlicher Literatur über das zerrissene Lippenband. Es gibt keine Studien, die die Inzidenz von zerrissenen Lippenband und Misshandlung definieren und keine, die die Verletzung bei misshandelten und nicht misshandelten Kindern vergleichen Die aktuelle Literatur unterstützt nicht die Diagnose der Misshandlung bei einem isoliert auftretenden Lippenband. Das intraorale harte und weiche Gewebe sollte bei allen vermuteten Misshandlungsfällen untersucht werden, und eine zahnärztliche Meinung sollte bei Anomalien eingeholt werden. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Die Mehrheit der Studien umfasst Fallstudien oder Fallreihen. Gut geführt mit begrenzten Beweismitteln verfügbar.
EVIDENZLEVEL 2++						**STÄRKEN:** Ranking of the definitions of child abuse. **SCHWÄCHEN:** unbekannt, ob mehr als zwei Personen Lit. Ausgewählt haben Unbekannt, ob mehr als zwei Peronen Daten ausgewertet haben. Ausge-

						schlossene Studien sind nicht gelistet
REFERENZ/LAND	**STUDIENTYP**	**TEILNEHMENDE *(ANZAHL UND CHARAKTERISTIKA)***	**INTERVENTION/KONTROLLE**	**OUTCOME**	**HAUPTERGEBNISSE**	**ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG**
Royal College of Paediatrics and Child Health (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Oral Injuries UK	Systematic Review	171 Artikel bewertet 30 Artikel erfüllten die Einschlusskriterien <u>Einschlusskriterien:</u> • Artikel aller Evidenzarten • englische und nicht-englische Artikel • Patienten zwischen 0 und 17 Jahren • Orale Verletzung definiert als die Vermillon Grenze der Lippen zum Hypopharynx • Missbräuchliche orale Verletzungen • zerrissene Labiale jeder Ätiologie <u>Ausschlusskriterien:</u> • Expertenmeinung • Review Artikel • Studien, die in der	<u>Databanken</u> ASSIA 1987 – 2014 Child Data 1958 – 2009 CINAHL 1982 – 2014 Cochrane Central Register of Controlled Trials 1996 – 2014 EMBASE 1980 – 2014 MEDLINE 1950 – 2014 MEDLINE In-Process and Other Non-Indexed Citations 1951 – 2014 Open SIGLE 1980 – 2005 Pubmed E publications 2014 Scopus 2009 – 2014 Social Care online 1970 – 2014 Trip Plus 1997 – 2005 Web of Knowledge - ISI Proceedings 1990 – 2014 Web of Knowledge - ISI Science Citation Index 1981 – 2014 Web of Knowledge - ISI Social Science Citation Index 1981 – 2014	Feststellung der Wahrscheinlichkeit eines zerrissenen labialen Lippenband aufgrund eines körperlichen Missbrauchs Definition anderer intra-oralen Verletzungen infolge körperlichen Missbrauchs.	Eine Verletzung darf niemals isoliert interpretiert werden und muss immer im Zusammenhang mit der medizinischen und sozialen Geschichte, dem Entwicklungsstadium, der Erläuterung, der vollständigen klinischen Untersuchung und den relevanten Untersuchungen beurteilt werden. Jedes unerklärliche, zerrissene Labial-Lippenband sollte vollständig untersucht werden, um das Vorhandensein anderer okkulter Verletzungen auszuschließen. Wenn nach einer vollständigen Untersuchung keine okkulten Verletzungen oder soziale Bedenken neben dem zerrissenen Lippenband vorhanden sind, ist dies ein unzureichender Beweis, dass das zerrissene Lippenband pathognomonisch für Kindesmisshandlung steht.	*Schlussfolgerung der Autorinnen/Autoren der Studie:* Keine Studie richtete sich auf Kinder mit Behinderungen. Die Anzahl von Kindern in den inkludierten Studien ist extrem begrenzt, und nur eine einzige Studie ist vergleichend. Subtile Anzeichen einer Zahnverletzung können von Kinderärzten unbeachtet bleiben. Bis heute gilt, dass Kinder mit einem zerrissenen Lippenband eine vollständige Kinderschutzuntersuchung unterzogen werden sollten. Wenn keine anderen Verletzungen oder irgendwelche sozialen Bedenken identifiziert werden, reicht ein zerrissenes Lippenband allein nicht aus, um körperlichen Missbrauch zu diagnostizieren. *Schlussfolgerung der Gutachter/innen*: Es wurden nur wenige Daten gefunden. Es liegt eine weitergefasste Suchstrategie im Vergleich zur vorherigen Version des Reviews vor.

EVIDENZLEVEL 2++		Stichprobe Erwachsene und Kinder eingeschlossen haben, aber wo keine Daten extrahiert werden konnten, die nur für Kinder gelten • Einzelfallberichte über missbräuchliche zerrissene oder intra-orale Verletzungen (ab 2008) • Methodisch fehlerhafte Papiere • Rank des Missbrauchs*** 4 (nur Rank 5 vor 2008) • Dental Vernachlässigung Oralverletzung durch sexuellen Missbrauch oder vorsätzliche thermische Verletzung	<u>Eigenhändig gesuchte Journals:</u> Child Abuse and Neglect 1977 – 2014 Child Abuse Review 1992 – 2014 <u>Durchsuchte Websites (am 10. Juni 2014):</u> Child Welfare Information Gateway (formerly National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect)		Die Mundhöhle muss in allen Fällen des mutmaßlichen körperlichen Missbrauchs untersucht werden. Bis heute gilt, dass Kinder mit einem zerrissenen Lippenband eine vollständige Kinderschutzuntersuchung unterzogen werden sollten. Wenn keine anderen Verletzungen oder irgendwelche sozialen Bedenken identifiziert werden, reicht ein zerrissenes Lippenband allein nicht aus, um körperlichen Missbrauch zu diagnostizieren.	**STÄRKEN:** Ranking of the definitions of child abuse und Ranking Criteria used to define accident **SCHWÄCHEN:** ausgeschlossene Studien sind nicht gelistet

REFERENZEN

Abraham, M., Kondis, J., & Merritt, D. F. (2016). Case Series: Vaginal Rupture Injuries after Sexual Assault in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(3), e49-52. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.009

Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *31*(3), 225–231. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.12.011

Al Odhayani, A., Watson, W.J., Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Can Fam Physician*, *59*, 831–836.

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. (2016). Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *AMERICAN ACADEMY of PEDIATRIC DENTISTRY*.

Amt für Soziale Dienste Bremen. (2009). Der Bremer Qualitätsstandard: Zusammenarbeit im Kinderschutz. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.jugendhilfeportal.de/material/bremer-qualitaetsstandard-zusammenarbeit-im-kinderschutz/

Anderson, G. D., Anderson, J. N., & Gilgun, J. F. (2014). The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. *Journal of Child Sexual Abuse*, *23*(6), 615–634. https://doi.org/10.1080/10538712.2014.932878

Andersson, P., Tong, S. Y. C., Lilliebridge, R. A., Brenner, N. C., Martin, L. M., Spencer, E., Giffard, P. M. (2014). Multisite Direct Determination of the Potential for Environmental Contamination of Urine Samples Used for Diagnosis of Sexually Transmitted Infections. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, *3*(3), 189–196. https://doi.org/10.1093/jpids/pit085

Anderst, J. D., Carpenter, S. L., & Abshire, T. C. (2013). Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics*, *131*(4), e1314-22. https://doi.org/10.1542/peds.2013-0195

Austin, MP. (2016). *Perinatal Mental Health* (No. 4). *Australasian Psychiatry*, *11*, pp. 399–403.

Austin, M.P., Highet, N and the Expert Working Group. (2017). Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. *Melbourne: Centre of Perinatal Excellence*.

AWMF-S3 Kinderschutzleitlinienbüro. 2018. Systematische Review zu Fallserien und -berichten mit der Differentialdiagnose einer Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder –missbrauch. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.kinderschutzleitlinie.de

Bagley, S.M., Wachman, E.M., Holland, E. & Brogly, S.B. (2014). Review of the assessment and management of neonatal abstinence syndrome. *Addiction Science & Clinical Practice*, *9*(19). https://doi.org/10.1186/1940-0640-9-19

Bailhache, M., Leroy, V., Pillet, P., & Salmi, L.R. (2013). Is early detection of abused children possible? a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, *13*, 202. https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-202

Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3), CD005463. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005463.pub2

Barlow, J. (2012). Child maltreatment during infancy: Atypical parent–infant relationships. *Paediatrics and Child Health*, *22*(11), 465–469. https://doi.org/10.1016/j.paed.2012.06.006

Benia, L. R., Hauck-Filho, N., Dillenburg, M., & Stein, L. M. (2015). The NICHD Investigative Interview Protocol: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, *24*(3), 259–279. https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1006749

Berg, B., & Jones, D. P. H. (1999). Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Archives of Disease in Childhood*, *81*(6), 465–472. https://doi.org/10.1136/adc.81.6.465

Bhardwaj, G., Chowdhury, V., Jacobs, M. B., Moran, K. T., Martin, F. J., & Coroneo, M. T. (2010). A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. *Ophthalmology*, *117*(5), 983-992.e17. https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.09.040

Bhatia, S. K., Maguire, S. A., Chadwick, B. L., Hunter, M. L., Harris, J. C., Tempest, V., Kemp, A. M. (2014). Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *Journal of Dentistry*, *42*(3), 229–239. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.10.010

Binenbaum, G., Chen, W., Huang, J., Ying, G.-S., & Forbes, B. J. (2016). The natural history of retinal hemorrhage in pediatric head trauma. *Journal of AAPOS : the Official Publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, *20*(2), 131–135. https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2015.12.008

Brayley-Morris, H., Sorrell, A., Revoir, A. P., Meakin, G. E., Court, D. S., & Morgan, R. M. (2015). Persistence of DNA from laundered semen stains: Implications for child sex trafficking cases. *Forensic Science International. Genetics*, *19*, 165–171. https://doi.org/10.1016/j.fsigen.2015.07.016

Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(1), 113–120. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0684-7

Brockington, I. A., Chandra, P., Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J., & Ferre, I. Q. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, *10*(2), 93–102. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00023.x

Bruns, E. J., Pullmann, M. D., Weathers, E. S., Wirschem, M. L., & Murphy, J. K. (2012). Effects of a multidisciplinary family treatment drug court on child and family outcomes: results of a quasi-experimental study. *Child Maltreatment*, *17*(3), 218–230. https://doi.org/10.1177/1077559512454216

Campbell, A. M. & Hibbard, R. (2014). More than words: the emotional maltreatment of children. *Pediatric Clinics of North America*, *61*(5), 959–970. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.004

Campbell, R., Patterson, D., Dworkin, E., & Diegel, R. (2010). Anogenital injuries in childhood sexual abuse victims treated in a pediatric Forensic Nurse Examiner (FNE) program. *Journal of Forensic Nursing*, *6*(4), 188–195. https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2010.01084.x

Carroll, J. C., Reid, A. J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R. H., Wilson, L., Stewart, D. E. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De L'Association Medicale Canadienne*, *173*(3), 253–259. https://doi.org/10.1503/cmaj.1040610

Carter, Y. H., Bannon, M. J., Limbert, C., Docherty, A., & Barlow, J. (2006). Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Archives of Disease in Childhood*, *91*(9), 740–743. https://doi.org/10.1136/adc.2005.092007

Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(1), 84–95. https://doi.org/10.1037/a0021227

Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J. F., & Beasley, W. H. (2012). A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services. *Pediatrics*, *129*(3), 509–515. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1840

Chester, D. L., Jose, R. M., Aldlyami, E., King, H., & Moiemen, N. S. (2006). Non-accidental burns in children--are we neglecting neglect? *Burns: Journal of the International Society for Burn Injuries*, *32*(2), 222–228. https://doi.org/10.1016/j.burns.2005.08.018

Cleary, B. J., Donnelly, J., Strawbridge, J., Gallagher, P. J., Fahey, T., Clarke, M., & Murphy, D. J. (2010). Methadone dose and neonatal abstinence syndrome-systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *105*(12), 2071–2084. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03120.x

Collins, P. W., Hamilton, M., Dunstan, F. D., Maguire, S., Nuttall, D. E., Liesner, R., Kemp, A. M. (2017). Patterns of bruising in preschool children with inherited bleeding disorders: a longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, *102*(12), 1110–1117. https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-310196

Cossar, J., Brandon, M., & Jordan, P. (2016). 'You've got to trust her and she's got to trust you': Children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work*, *21*(1), 103–112. https://doi.org/10.1111/cfs.12115

Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., & Leventhal, J. M. (2017). Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*, *139*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243

Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD001134. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3

DePrince, A. P., Chu, A. T., Labus, J., Shirk, S. R. & Potter, C. (2015). Testing two approaches to revictimization prevention among adolescent girls in the child welfare system. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *56*(2 Suppl 2), S33-9. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.022

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. *Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken*. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.dgkim.de/forschung/standard-bei-v-a-kindesmisshandlung

Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2014) Kooperation und Vernetzung im Kinderschutz Empfehlungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: http://www.kinderschutz-in-nrw.de/fuer-fachkraefte/materialien/materialien-seiten/kooperation-und-vernetzung-im-kinderschutz.html

Diderich, H. M., Dechesne, M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Klein Velderman, M., Oudesluys-Murphy, A. M. (2014). Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. *Child Abuse & Neglect*, *38*(11), 1822–1831. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.016

Diderich, H. M., Fekkes, M., Verkerk, P. H., Pannebakker, F. D., Velderman, M. K., Sorensen, P. J. G., Oudesluys-Murphy, A. M. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *37*(12), 1122–1131. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.005

Diderich, H. M., Verkerk, P. H., Oudesluys-Murphy, A. M., Dechesne, M., Buitendijk, S. E., & Fekkes, M. (2015). Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (the Hague Protocol). *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, *41*(1), 65–68. https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.05.016

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie

Methamphetamin-bezogene Störungen, 1. Auflage. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.aezq.de/aezq/crystal-meth

Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment*, *9*(4), 344–356. https://doi.org/10.1177/1077559504269191

Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M. M, Starr, R. H. (2002). Child Neglect: Outcomes in High-Risk Urban Preschoolers. *Pediatrics*, *190*(6), 1100–1107. https://doi.org/10.1542/peds.109.6.1100

Easterbrooks, M. A., Bartlett, J. D., Raskin, M., Goldberg, J., Contreras, M. M., Kotake, C., Jacobs, F. H. (2013). Limiting home visiting effects: maternal depression as a moderator of child maltreatment. *Pediatrics*, *132 Suppl 2*, S126-33. https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021K

Egeland, B., Sroufe, L., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *7*(4), 459–469. https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90053-4

Egeland B. & Sroufe A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions for Child Development*, *11*, 77–92.

Ellaway, B. A., Payne, E. H., Rolfe, K., Dunstan, F. D., Kemp, A. M., Butler, I., & Sibert, J. R. (2004). Are abused babies protected from further abuse? *Archives of Disease in Childhood*, *89*(9), 845–846. https://doi.org/10.1136/adc.2003.035493

Esernio-Jenssen, D. & Barnes, M. (2011). Nucleic acid amplification testing in suspected child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(6), 612–621. https://doi.org/10.1080/10538712.2011.622356

Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2013). Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial. *Pediatrics*, *131*(2), 297–303. https://doi.org/10.1542/peds.2012-1612

Fisch, S., Keller, T., Nazmy, N., Stasun, U., Keil, T. & Klapp, C. (2016). Evaluation des Babylotse-Plus-Screeningbogens: Untersuchung eines einfachen Instruments zur Identifizierung psychosozial belasteter Eltern von Neugeborenen der Berliner Charité [Evaluation of the Babylotse-Plus screening form : Evaluation of a simple instrument to systematically identify parents of newborns with severe psychosocial stress at Charité Berlin]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *59*(10), 1300–1309. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2425-5

Fischer, J., Buchholz, T. & Merten, R. (Eds.). (2011). *Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fraser J.A., Armstrong K.L., Morris J.P., Dadds M.R. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, *24*(11), 1399–1429.

Gaalema, D. E., Scott, T. L., Heil, S. H., Coyle, M. G., Kaltenbach, K., Badger, G. J., Jones, H. E. (2012). Differences in the profile of neonatal abstinence syndrome signs in methadone- versus buprenorphine-exposed neonates. *Addiction (Abingdon, England)*, *107 Suppl 1*, 53–62. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04039.x

Gerber C. & Liling S. (2014). Von der Vernetzung zur Kooperation – Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz. *IzKK-Nachrichten: Deutches Jugendinsitut E.V.*, 10–15.

Girardet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., Paes, N. (2011). Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*, *128*(2), 233–238. https://doi.org/10.1542/peds.2010-3037

Girardet, R. G., Lahoti, S., Howard, L. A., Fajman, N. N., Sawyer, M. K., Driebe, E. M., Black, C. M. (2009). Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*, *124*(1), 79–86. https://doi.org/10.1542/peds.2008-2947

Goad, J. (2008). Understanding roles and improving reporting and response relationships across professional boundaries. *Pediatrics*, *122 Suppl 1*, S6-9. https://doi.org/10.1542/peds.2008-0715d

Goessler, A., Bonfert, K. & Fasching, G. (2011). The impact of clinical child protection programs. *Pediatric Surgery International*, *27*(6), 659–664. https://doi.org/10.1007/s00383-010-2811-2

Goldbeck, L., Laib-Koehnemund, A. & Fegert, J. M. (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse & Neglect*, *31*(9), 919–933. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.018

Goldberg, A. P., Tobin, J., Daigneau, J., Griffith, R. T., Reinert, S. E. & Jenny, C. (2009). Bruising frequency and patterns in children with physical disabilities. *Pediatrics*, *124*(2), 604–609. https://doi.org/10.1542/peds.2008-2900

Green, B. L., Tarte, J. M., Harrison, P. M., Nygren, M. & Sanders, M. B. (2014). Results from a randomized trial of the Healthy Families Oregon accredited statewide program: Early program impacts on parenting. *Children and Youth Services Review*, *44*, 288–298. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.006

Green, B. L., Rockhill, A. & Burrus, S. (2008). The Role of Interagency Collaboration for Substance- Abusing Families Involved with Child Welfare. *CHILD WELFARE-NEW YORK*, *87*(1), 29–61.

Grietens, H., Geeraert, L. & Hellinck, W. (2004). A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse & Neglect*, *28*(3), 321–337. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.10.011

Hamilton-Giachritsis, C. E. & Browne, K. D. (2005). A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *19*(4), 619–624. https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.4.619

Harper, N. S., Feldman, K. W., Sugar, N. F., Anderst, J. D. & Lindberg, D. M. (2014). Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *The Journal of Pediatrics*, *165*(2), 383-388.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.04.004

Harris, J. C., Balmer, R. C. & Sidebotham, P. D. (2009). British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *International Journal of Paediatric Dentistry.* Advance online publication. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.00996.x

Heinitz S. (2010). Kooperation und Vernetzung im kommunalen Kinderschutz Erste Einsichten aus dem Bundesmodellprojekt »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz«. *IzKK-Nachrichten: Deutches Jugendinsitut E.V.*, *1*, 37–40.

Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, *26*, 645–659.

Heintze, C., Wirth, L., Welke, J. & Braun, V. (2006). Erkennen von Kindesmisshandlung durch Pädiater und Hausärzte in Berlin. *ZFA - Zeitschrift Für Allgemeinmedizin*, *82*(9), 396–401. https://doi.org/10.1055/s-2006-942148

Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2016). Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, *17*(3), 341–357. https://doi.org/10.1177/1524838015585319

Hershkowitz, I., Lamb, M. E. & Katz, C. (2014). Allegation rates in forensic child abuse investigations: Comparing the revised and standard NICHD protocols. *Psychology, Public Policy, and Law*, *20*(3), 336–344. https://doi.org/10.1037/a0037391

Hines, L. (2013). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, *12*(4), 473–489. https://doi.org/10.1177/1473325011432776

Hobbs, C. J. & Wright, C. M. (2014). Anal signs of child sexual abuse: a case-control study. *BMC Pediatrics*, *14*, 128. https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-128

Homfeldt, H. G. (2011). Kinderschutz durch gesundheitsbezogene Hilfe als gemeinsame Aufgabe von Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen. In J. Fischer, T. Buchholz & R. Merten (Eds.), *Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung*

von Jugendhilfe und Schule (pp. 341–360). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92894-4_20

Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, *26*(6), 436–442. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.05.004

Hornor, G., Thackeray, J., Scribano, P., Curran, S. & Benzinger, E. (2012). Pediatric sexual assault nurse examiner care: trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *Journal of Forensic Nursing*, *8*(3), 105–111. https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01131.x

Hoytema van Konijnenburg, E. M.M., Teeuw, A. H., Sieswerda-Hoogendoorn, T., Leenders, A. G. E., & van der Lee, Johanna H. (2013). Insufficient evidence for the use of a physical examination to detect maltreatment in children without prior suspicion: a systematic review. *Systematic Reviews*, *2*, 109. https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-109

Hoytema van Konijnenburg, E. M. M.; Diderich, Hester M.; Teeuw, Arianne H.; Klein Velderman, Mariska; Oudesluys-Murphy, Anne Marie; van der Lee, Johanna H. (2016): Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. In: Child abuse & neglect 53, S. 81–94. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.11.012.

Jackson, J., Miller, M., Moffatt, M., Carpenter, S., Sherman, A., & Anderst, J. (2015). Bruising in Children: Practice Patterns of Pediatric Hematologists and Child Abuse Pediatricians. *Clinical Pediatrics*, *54*(6), 563–569. https://doi.org/10.1177/0009922814558249

Jha, P., Stein-Wexler, R., Coulter, K., Seibert, A., Li, C.-S., & Wootton-Gorges, S. L. (2013). Optimizing bone surveys performed for suspected non-accidental trauma with attention to maximizing diagnostic yield while minimizing radiation exposure: utility of pelvic and lateral radiographs. *Pediatric Radiology*, *43*(6), 668–672. https://doi.org/10.1007/s00247-012-2614-9

Joki-Erkkilä, M., Tuomisto, S., Seppänen, M., Huhtala, H., Ahola, A., & Karhunen, P. J. (2016). Urine specimen collection following consensual intercourse - A forensic evidence collection method for Y-DNA and spermatozoa. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *37*, 50–54. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.10.008

Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., . . . Fischer, G. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *The New England Journal of Medicine*, *363*(24), 2320–2331. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1005359

Kadom, N., Khademian, Z., Vezina, G., Shalaby-Rana, E., Rice, A., & Hinds, T. (2014). Usefulness of MRI detection of cervical spine and brain injuries in the evaluation of abusive head trauma. *Pediatric Radiology*, *44*(7), 839–848. https://doi.org/10.1007/s00247-014-2874-7

Kaltenbach, K., Holbrook, A. M., Coyle, M. G., Heil, S. H., Salisbury, A. L., Stine, S. M., . . . Jones, H. E. (2012). Predicting treatment for neonatal abstinence syndrome in infants born to women maintained on opioid agonist medication. *Addiction (Abingdon, England)*, *107 Suppl 1*, 45–52. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04038.x

Kellogg, N. D. (2009). Clinical report--the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, *124*(3), 992–998. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1692

Kemp, A. M., Butler, A., Morris, S., Mann, M., Kemp, K. W., Rolfe, K., . . . Maguire, S. (2006). Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clinical Radiology*, *61*(9), 723–736. https://doi.org/10.1016/j.crad.2006.03.017

Kemp, A. M., Dunstan, F., Harrison, S., Morris, S., Mann, M., Rolfe, K., Maguire, S. (2008). Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *337*, a1518.

Kemp, A. M., Dunstan, F., Nuttall, D., Hamilton, M., Collins, P., & Maguire, S. (2015). Patterns of bruising in preschool children--a longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, *100*(5), 426–431. https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307120

Kemp, A. M., Jaspan, T., Griffiths, J., Stoodley, N., Mann, M. K., Tempest, V., & Maguire, S. A. (2011). Neuroimaging: what neuroradiological features distinguish abusive from non-abusive head trauma? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(12), 1103–1112. https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300630

Kemp, A. M., Joshi, A. H., Mann, M., Tempest, V., Liu, A., Holden, S., & Maguire, S. (2010). What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(5), 355–360. https://doi.org/10.1136/adc.2009.169110

Kemp, A. M., Maguire, S. A., Lumb, R. C., Harris, S. M. & Mann, M. K. (2014). Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*, *23*(1), 35–47. https://doi.org/10.1002/car.2278

Kemp, A. M., Maguire, S. A., Nuttall, D., Collins, P., & Dunstan, F. (2014). Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Archives of Disease in Childhood*, *99*(2), 108–113. https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304339

Kemp, A. M., Rajaram, S., Mann, M., Tempest, V., Farewell, D., Gawne-Cain, M. L., Maguire, S. (2009). What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. *Clinical Radiology*, *64*(5), 473–483. https://doi.org/10.1016/j.crad.2008.11.011

Kienberger Jaudes, P. & Martone, M. (1992). Interdisciplinary Evaluations of Alleged Sexual Abuse Cases. *Pediatrics*, *89*(6), 1164–1168.

Killough, E., Spector, L., Moffatt, M., Wiebe, J., Nielsen-Parker, M., & Anderst, J. (2016). Diagnostic agreement when comparing still and video imaging for the medical evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *52*, 102–109. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.007

Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals. (2000). Jahresbericht 2000 - Zürich. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.kispi.uzh.ch/de/medien/kinderschutzgruppe/jahresberichte/Seiten/default.aspx

Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals. (2005). Jahresbericht 2005 - Zürich. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.kispi.uzh.ch/de/medien/kinderschutzgruppe/jahresberichte/Seiten/default.aspx

Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals. (2016). Jahresbericht 2016- Zürich. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.kispi.uzh.ch/de/medien/kinderschutzgruppe/jahresberichte/Seiten/default.aspx

Kleinman, P. K., Morris, N. B., Makris, J., Moles, R. L. & Kleinman, P. L. (2013). Yield of radiographic skeletal surveys for detection of hand, foot, and spine fractures in suspected child abuse. *AJR. American Journal of Roentgenology*, *200*(3), 641–644. https://doi.org/10.2214/AJR.12.8878

Kölch, M. (2009). Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. *Sachverständigenkommission Des 13. Kinder- Und Jugendberichts*. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/13-kinder-und-jugendbericht/wissenstransfer.html

Krappitz, A. Implementierung des „Klinischen Pfades Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“ und Evaluation der Fälle 2006 bis 2012. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: http://hss.ulb.uni-bonn.de/2016/4367/4367.htm

Kroll, B. (2013). Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, *9*, 129–140.

Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Orbach, Y., Esplin, P. W., & Mitchell, S. (2002a). Is Ongoing Feedback Necessary to Maintain The Quality of Investigative Interviews With Allegedly Abused Children? *Applied Developmental Science*, *6*(1), 35–41. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0601_04

Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Horowitz, D., & Esplin, P. W. (2002b). The Effects of Intensive Training and Ongoing Supervision on the Quality of Investigative Interviews With Alleged Sex Abuse Victims. *Applied Developmental Science*, *6*(3), 114–125. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0603_2

Lang, C. A., Cox, M. J., & Flores, G. (2013). Maltreatment in multiple-birth children. *Child Abuse & Neglect*, *37*(12), 1109–1113. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.002

Lawson, L., Conners, N. A., & Crone, C. (2001). Changing the Child Abuse Potential of Substance Abusing Pregnant and Parenting Women. *Journal of Addictions Nursing*, *13*(3), 137–142. https://doi.org/10.3109/10884600109052648

Lewy, J., Cyr, M., & Dion, J. (2015). Impact of interviewers' supportive comments and children's reluctance to cooperate during sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, *43*, 112–122. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.002

Lindberg, D. M., Blood, E. A., Campbell, K. A., Laskey, A. L., & Berger, R. P. (2013). Predictors of screening and injury in contacts of physically abused children. *The Journal of Pediatrics*, *163*(3), 730-5.e1-3. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.02.051

Lindberg, D. M., Shapiro, R. A., Laskey, A. L., Pallin, D. J., Blood, E. A., & Berger, R. P. (2012). Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. *Pediatrics*, *130*(2), 193–201. https://doi.org/10.1542/peds.2012-0085

Louwers, E.C.F.M., Affourtit, M. J., Moll, H. A., Koning, H. J. de & Korfage, I. J. (2010). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(3), 214–218. https://doi.org/10.1136/adc.2008.151654

Louwers, E.C.F.M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A.P.M, Koning, H.J. & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse & Neglect*, *38*(7), 1275–1281. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005

Maguire, D., Cline, G. J., Parnell, L. & Tai, C.-Y. (2013). Validation of the Finnegan neonatal abstinence syndrome tool-short form. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, *13*(6), 430–437. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000033

Maguire, S., Mann, M. K., Sibert, J. & Kemp, A. (2005). Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *90*(2), 182–186. https://doi.org/10.1136/adc.2003.044065

Maguire, S., Moynihan, S., Mann, M., Potokar, T. & Kemp, A. M. (2008). A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns : Journal of the International Society for Burn Injuries*, *34*(8), 1072–1081. https://doi.org/10.1016/j.burns.2008.02.011

Maguire, S. A., Upadhyaya, M., Evans, A., Mann, M. K., Haroon, M. M., Tempest, V., Kemp, A. M. (2013). A systematic review of abusive visceral injuries in childhood--their range and recognition. *Child Abuse & Neglect*, *37*(7), 430–445. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.009

Maguire, S. A., Williams, B., Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Mann, M. K., Kemp, A. M. (2015). A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development*, *41*(5), 641–653. https://doi.org/10.1111/cch.12227

Maguire, S., Cowley, L., Mann, M., & Kemp, A. (2013). What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse: An overview of review updates 2005-2013. *Evidence-Based Child Health: a Cochrane Review Journal*, *8*(5), 2044–2057. https://doi.org/10.1002/ebch.1941

Maguire, S., Hunter, B., Hunter, L., Sibert, J. R., Mann, M. & Kemp, A. M. (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of Disease in Childhood*, *92*(12), 1113–1117. https://doi.org/10.1136/adc.2006.113001

Maguire, S. A., Lumb, R. C., Kemp, A. M., Moynihan, S., Bunting, H. J., Watts, P. O. & Adams, G. G. (2013). A Systematic Review of the Differential Diagnosis of Retinal Haemorrhages in Children with Clinical Features associated with Child Abuse. *Child Abuse Review*, *22*(1), 29–43. https://doi.org/10.1002/car.2224

Maguire, S. & Mann, M. (2013). Systematic reviews of bruising in relation to child abuse-what have we learnt: an overview of review updates. *Evidence-Based Child Health : a Cochrane Review Journal*, *8*(2), 255–263. https://doi.org/10.1002/ebch.1909

Maguire, S.A., Watts, P.O., Shaw, A.D., Holden, S, Taylor, R.H., Watkins, W.J., Kemp, A.M. (2013). Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye*, *27*, 28–36.

Marine, M. B., Corea, D., Steenburg, S. D., Wanner, M., Eckert, G. J., Jennings, S. G. & Karmazyn, B. (2014). Is the new ACR-SPR practice guideline for addition of oblique views of the ribs to the skeletal survey for child abuse justified? *AJR. American Journal of Roentgenology*, *202*(4), 868–871. https://doi.org/10.2214/AJR.13.11068

McCann, J., Miyamoto, S., Boyle, C. & Rogers, K. (2007). Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*, *119*(5), e1094-106. https://doi.org/10.1542/peds.2006-0964

McCarthy, C. (2008). Doing the right thing: a primary care pediatrician's perspective on child abuse reporting. *Pediatrics*, *122 Suppl 1*, S21-4. https://doi.org/10.1542/peds.2008-0715h

McDonald, K.C. (2007). Child Abuse: Approach and Management. *American Academy of Family Physicians*, *75*(221-228).

McFarlane, E., Burrell, L., Crowne, S., Cluxton-Keller, F., Fuddy, L., Leaf, P. J. & Duggan, A. (2013). Maternal relationship security as a moderator of home visiting impacts on maternal psychosocial functioning. *Prevention Science : the Official Journal of the Society for Prevention Research*, *14*(1), 25–39. https://doi.org/10.1007/s11121-012-0297-y

Mejdoubi, J., van den Heijkant, Silvia C C M, van Leerdam, Frank J M, Heymans, M. W., Crijnen, A. & Hirasing, R. A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One*, *10*(4), e0120182. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120182

Mejdoubi, J., van den Heijkant, Silvia C C M, van Leerdam, Frank J M, Heymans, M. W., Hirasing, R. A. & Crijnen, A. A. M. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PloS One*, *8*(10), e78185. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078185

Metz, J. B., Schwartz, K. A., Feldman, K. W. & Lindberg, D. M. (2014). Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. *Archives of Disease in Childhood*, *99*(9), 817–823. https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304701

Michel, A., Keil, J., Andreas, A., White, L. O., Sierau, S., Costa, A., Klein, A. (2014). Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *162*(12), 1090–1096. https://doi.org/10.1007/s00112-014-3144-3

Morad, Y., Kim, Y. M., Mian, M., Huyer, D., Capra, L. & Levin, A. V. (2003). Nonophthalmologist accuracy in diagnosing retinal hemorrhages in the shaken baby syndrome. *The Journal of Pediatrics*, *142*(4), 431–434. https://doi.org/10.1067/mpd.2003.161

Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D. & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 195–210. https://doi.org/10.1017/S0954579410000738

Mullins, S. M., Bard, D. E. & Ondersma, S. J. (2005). Comprehensive services for mothers of drug-exposed infants: relations between program participation and subsequent child protective services reports. *Child Maltreatment*, *10*(1), 72–81. https://doi.org/10.1177/1077559504272101

Myhre, A. K., Adams, J. A., Kaufhold, M., Davis, J. L., Suresh, P. & Kuelbs, C. L. (2013). Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *37*(7), 465–474. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.011

Naughton, A. M., Maguire, S. A., Mann, M. K., Lumb, R. C., Tempest, V., Gracias, S. & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatrics*, *167*(8), 769–775. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.192

Newlin, C., Cordisco Steele, L., Chamberlin, A., Anderson, J., Kenniston, J., Russell, A., Stewart, H., and Vaughan-Eden, V. (2015). Child Forensic Interviewing: Best Practices. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.

Nothaff S. (2008). Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. Deutsches Jugendinstitut E.V. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/BewertungLaendergesetzegesamt.pdf

O'Brien, C., Hunt, R. & Jeffery, H. E. (2004). Measurement of movement is an objective method to assist in assessment of opiate withdrawal in newborns. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, *89*(4), F305-9. https://doi.org/10.1136/adc.2002.025270

Orbach, Y. & Lamb, M. E. (2001). The relationship between within-interview contradictions and eliciting interviewer utterances. *Child Abuse & Neglect*, *25*(3), 323–333. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00254-4

Paavilainen E. & Flinck A. (2017). The Effectiveness of Methods Designed to Identify Child Maltreatment in Social and Health Care: A Systematic Review. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, *4*(1), 1–7.

Paine, C.W., Fakeye, O., Christian, C.W. & Wood, J.N. (2016). Prevalence of Abuse Among Young Children With Rib Fractures A Systematic Review. *Pediatr Emer Care*. (00).

Palusci, V. J., Cox, E. O., Shatz, E. M. & Schultze, J. M. (2006). Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *30*(4), 367–380. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.002

Peck, M. D. & Priolo-Kapel, D. (2002). Child abuse by burning: a review of the literature and an algorithm for medical investigations. *The Journal of Trauma*, *53*(5), 1013–1022. https://doi.org/10.1097/01.TA.0000023163.78766.FF

Pereira, E. M. (2015). Clinical perspectives on osteogenesis imperfecta versus non-accidental injury. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, *169*(4), 302–306. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31463

Phillips, B. (2014). Towards evidence based medicine for paediatricians. *Archives of Disease in Childhood*, *99*(10), 958. https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307382

Phillips, K. L., Bastin, S. T., Davies-Payne, D., Browne, D., Bird, H. L., Craw, S., Teele, R. L. (2015). Radiographic skeletal survey for non-accidental injury: systematic review and development of a national New Zealand protocol. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, *59*(1), 54–65. https://doi.org/10.1111/1754-9485.12271

Piteau, S. J., Ward, M. G. K., Barrowman, N. J. & Plint, A. C. (2012). Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics*, *130*(2), 315–323. https://doi.org/10.1542/peds.2011-1545

Pölkki, P., Vornanen, R., Pursiainen, M. & Riikonen, M. (2012). Children's Participation in Child-protection Processes as Experienced by Foster Children and Social Workers. *Child Care in Practice*, *18*(2), 107–125. https://doi.org/10.1080/13575279.2011.646954

Powell-Doherty, R. D., Raynor, N. E., Goodenow, D. A., Jacobs, D. G. & Stallion, A. (2017). Examining the role of follow-up skeletal surveys in non-accidental trauma. *American Journal of Surgery*, *213*(4), 606–610. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.12.004

Pundir, J. & Coomarasamy, A. (2016). Antenatal and postnatal mental health. In J. Pundir & A. Coomarasamy (Eds.), *Obstetrics: Evidence-Based Algorithms* (pp. 215–225). Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781107338876.046

Pundir, J. & Coomarasamy, A. (Eds.). (2016). *Obstetrics: Evidence-Based Algorithms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ramos, S., Lukefahr, J. L., Morrow, R. A., Stanberry, L. R. & Rosenthal, S. L. (2006). Prevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 among children and adolescents attending a sexual abuse clinic. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, *25*(10), 902–905. https://doi.org/10.1097/01.inf.0000237831.79072.c8

Reading, R. & Rannan-Eliya, Y. (2007). Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Archives of Disease in Childhood*, *92*(7), 608–613. https://doi.org/10.1136/adc.2005.086835

Reading, R., Rogstad, K., Hughes, G., Debelle, G. (2014). Gonorrhoea, chlamydia, syphilis and trichomonas in children under 13 years of age: national surveillance in the UK and Republic of Ireland. *Arch Dis Child*, *99*, 712–716.

Rees, C. A. (2010). Understanding emotional abuse. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(1), 59–67. https://doi.org/10.1136/adc.2008.143156

Roach, J. P., Acker, S. N., Bensard, D. D., Sirotnak, A. P., Karrer, F. M., & Partrick, D. A. (2014). Head injury pattern in children can help differentiate accidental from non-accidental trauma. *Pediatric Surgery International*, *30*(11), 1103–1106. https://doi.org/10.1007/s00383-014-3598-3

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Oral Injuries Last updated: June 2014. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-oral-injuries

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries Last updated: August 2014. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-neurological-injuries

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Retinal Findings Last updated: January 2015. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-retinal-findings

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2017). Child Protection Evidence Systematic review on Fractures Last updated: February 2015. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-fractures

Runyon, M. K., Deblinger, E. & Steer, R. A. (2010). Group Cognitive Behavioral Treatment for Parents and Children At-Risk for Physical Abuse: An Initial Study. *Child & Family Behavior Therapy*, *32*(3), 196–218. https://doi.org/10.1080/07317107.2010.500515

Rücker, S., Büttner, P., Fegert, J. & Petermann, F. (2015). Partizipation traumatisierter Kinder und Jugendlicher bei vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme, §42 SGB VIII) [Participation of traumatized children and adolescents affected by provisional safeguards (removal and custody of children ace. to Para. 42 SGB VIII)]. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, *43*(5), 357–364. https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000370

Ryan, J.P., Marsh, J.C., Testa, M.F. & Louderman, R. (2006). Integrating Substance Abuse Treatment and Child Welfare Services: Findings from the Illinois Alcohol and Other Drug Abuse Waiver Demonstration. *Social Work Research*, *30*(2), 95–107.

Scholl-Bürgi, S., Kapelari, K., Michel, M., Pavlic, M., Streif, W., Karall, D. (2016). Angeborene Stoffwechselstörungen in der Differenzialdiagnose von Kindesmisshandlung. *Pädiatrische Praxis*, *86*(2), 273–283.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. Studie: Evaluation des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes (SächsKiSchG) vom 11. Juni 2010, *2014*. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/Evaluationsbericht_Kinderschutzgesetz.pdf

Saunders E.J., & Goddall K. (1985). A Social Services-Public Health Partnership in Child Protection: a Rural Model. *Public Health Reports*, 663–666.

Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child physical abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *23*(2), 309-19, ix. https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.001

Schofield, Z., & Sisodia, N. (2014). An obstetrician's guide to perinatal psychiatry. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, *24*(11), 340–344. https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.08.003

Schouten, M. C., van Stel, H. F., Verheij, T. J., Houben, M. L., Russel, I. M., Nieuwenhuis, E. E., & van de Putte, Elise M. (2017). The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. *PloS One*, *12*(1), e0165641. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165641

Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkiewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *32*(suppl 2), S112-S120. https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008

Sharps, P. W., Bullock, L. F., Campbell, J. C., Alhusen, J. L., Ghazarian, S. R., Bhandari, S. S., & Schminkey, D. L. (2016). Domestic Violence Enhanced Perinatal Home Visits: The DOVE Randomized Clinical Trial. *Journal of Women's Health (2002)*, *25*(11), 1129–1138. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5547

Selph, S.S., Bougatsos, C., Blazina, I., and Nelson, H.D.. (2013). Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, *158*(3), 179–190.

Simons, L. (2008). Characteristics of drug-abusing women with children in residential treatment: a preliminary evaluation of program retention and treatment completion. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, *7*(2), 165–187. https://doi.org/10.1080/15332640802055616

Sittig, J. S., Uiterwaal, Cuno S P M, Moons, K. G. M., Russel, I. M. B., Nievelstein, R. A. J., Nieuwenhuis, E. E. S., & van de Putte, Elise M. (2016). Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. *BMJ Open*, *6*(3), e010788. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010788

Smith, J. A. S. & Efron, D. (2005). Early case conferences shorten length of stay in children admitted to hospital with suspected child abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *41*(9-10), 513–517. https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00694.x

Smith, N. A. (2016). Empowering the “Unfit” Mother. *Affilia*, *21*(4), 448–457. https://doi.org/10.1177/0886109906292110

Stanley, T., Du Plessis, R., & Austrin, T. (2011). Making Networks Work. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, *10*(1), 49–65. https://doi.org/10.1177/1473325010379629

Staton-Tindall, M., Sprang, G., Clark, J., Walker, R., & Craig, C. D. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *13*(1), 6–31. https://doi.org/10.1080/1533256X.2013.752272

Stover, C. S. (2015). Fathers for Change for Substance Use and Intimate Partner Violence: Initial Community Pilot. *Family Process*, *54*(4), 600–609. https://doi.org/10.1111/famp.12136

Stronach, E. P., Toth, S. L., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2013). Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. *Development and Psychopathology*, *25*(4 Pt 1), 919–930. https://doi.org/10.1017/S0954579413000278

Taft, A. J., Hooker, L., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., Small, R. (2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. *BMC Medicine*, *13*, 150. https://doi.org/10.1186/s12916-015-0375-7

Taussig, H. N. & Culhane, S. E. (2010). Emotional Maltreatment and Psychosocial Functioning in Preadolescent Youth Placed in Out-of-Home Care. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(1), 52–74. https://doi.org/10.1080/10926770903476008

Thackeray, J. D., Hornor, G., Benzinger, E. A. & Scribano, P. V. (2011). Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*, *128*(2), 227–232. https://doi.org/10.1542/peds.2010-3498

Thaiss, H., Klein, R., Schumann, E. C., Ellsässer, G., Breitkopf, H., Reinecke, H. & Zimmermann, E. (2010). Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren [Child health check-ups as an instrument in child welfare. First results of compulsory check-up systems in German federal states]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *53*(10), 1029–1047. https://doi.org/10.1007/s00103-010-1134-8

Thorpe, E. L., Zuckerbraun, N. S., Wolford, J. E. & Berger, R. P. (2014). Missed opportunities to diagnose child physical abuse. *Pediatric Emergency Care*, *30*(11), 771–776. https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000257

Thun-Hohenstein, L. (2005). Kinderschutzgruppenarbeit in Osterreich [The work of child protection groups in Austria]. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, *155*(15-16), 365–370. https://doi.org/10.1007/s10354-005-0202-4

Tonmyr, L., Draca, J., Crain, J. & Macmillan, H. L. (2011). Measurement of emotional/psychological child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect*, *35*(10), 767–782. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.011

Unger, E. R., Fajman, N. N., Maloney, E. M., Onyekwuluje, J., Swan, D. C., Howard, L., Black, C. M. (2011). Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics*, *128*(3), e658-65. https://doi.org/10.1542/peds.2010-2247

Van Bijleveld, G. G., Dedding, C. W. M. & Bunders-Aelen, J. F. G. (2015). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review. *Child & Family Social Work*, *20*(2), 129–138. https://doi.org/10.1111/cfs.12082

Vanderploeg, J. J., Connell, C. M., Caron, C., Saunders, L., Katz, K. H. & Tebes, J. K. (2007). The impact of parental alcohol or drug removals on foster care placement experiences: a matched comparison group study. *Child Maltreatment*, *12*(2), 125–136. https://doi.org/10.1177/1077559507299292

Van Konijnenburg, H., Diderich, H. M., Teeuw, A. H., Klein Velderman, M., Oudesluys-Murphy, A. M. & van der Lee, J. H. (2016). Comparing policies for children of parents attending hospital emergency departments after intimate partner violence, substance abuse or suicide attempt. *Child Abuse & Neglect*, *53*, 81–94. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.012

Verbeek, I., van der Sluijs-Bens, J. P., Slooter, G. D., Willems, R. & A Ten, W. T. (2012). Kindermishandeling mogelijk gemist door onvoldoende informatieverzameling op de SEH. *Tijdschrift Voor Kindergeneeskunde*, *80*(1), 3–8. https://doi.org/10.1007/s12456-012-0002-x

Verocai, E., Kitzelmann, I., Juen, F. & Simma, B. (2013). Evaluation einer Kinderschutzgruppe bei einem unabhängigen Kooperationspartner - Vorschläge für eine Optimierung der Vernetzung [Evaluation of a child protecting team by an independent cooperation partner - suggestions for an optimized procedure]. *Klinische Padiatrie*, *225*(4), 234–238. https://doi.org/10.1055/s-0033-1333753

Vester, M. E. M., Bilo, R. A. C., Karst, W. A., Daams, J. G., Duijst, Wilma L. J. M. & van Rijn, R. R. (2015). Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, *11*(3), 405–415. https://doi.org/10.1007/s12024-015-9698-0

Vis, S. A. & Fossum, S. (2013). Representation of children's views in court hearings about custody and parental visitations — A comparison between what children wanted and what the courts ruled. *Children and Youth Services Review*, *35*(12), 2101–2109. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.10.015

Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A. & Thomas, N. (2011). Participation and health - a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work*, *16*(3), 325–335. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x

Wallace, G. H., Makoroff, K. L., Malott, H. A. & Shapiro, R. A. (2007). Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. *Child Abuse & Neglect*, *31*(6), 623–629. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.010

Watkeys, J. M., Price, L. D., Upton, P. M., & Maddocks, A. (2008). The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Archives of Disease in Childhood*, *93*(10), 851–856. https://doi.org/10.1136/adc.2007.123604

Watts, P., Maguire, S., Kwok, T., Talabani, B., Mann, M., Wiener, J., Kemp, A. (2013). Newborn retinal hemorrhages: a systematic review. *Journal of AAPOS : the Official Publication of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, *17*(1), 70–78. https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2012.07.012

Wilson, C. R., Harris, S. K., Sherritt, L., Lawrence, N., Glotzer, D., Shaw, J. S. & Knight, J. R. (2008). Parental alcohol screening in pediatric practices. *Pediatrics*, *122*(5), e1022-9. https://doi.org/10.1542/peds.2008-1183

Wood, J. N., Fakeye, O., Mondestin, V., Rubin, D. M., Localio, R. & Feudtner, C. (2014). Prevalence of abuse among young children with femur fractures: a systematic review. *BMC Pediatrics*, *14*, 169. https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-169

Woolfson, R. C., Heffernan, E., Paul, M. & Brown, M. (2010). Young People's Views of the Child Protection System in Scotland. *British Journal of Social Work*, *40*(7), 2069–2085. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp120

World Health Organisation. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Abgerufen am 26. Sep. 2018 unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

Zarate, Y. A., Clingenpeel, R., Sellars, E. A., Tang, X., Kaylor, J. A., Bosanko, K., Byers, P. H. (2016). COL1A1 and COL1A2 sequencing results in cohort of patients undergoing evaluation for potential child abuse. *American Journal of Medical Genetics. Part a*, *170*(7), 1858–1862. https://doi.org/10.1002/ajmg.a.37664