

Deutsche Akademie
für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.

Dachverband der kinder- und
jugendmedizinischen Gesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
und
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ)

Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung

Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken

Version 1.6, 11/2016



Autoren: Bernd Herrmann/Kassel, Sylvester von Bismarck/Berlin, Ingo Franke/Bonn; Reinhard Dettmeyer/Gießen, Frank Blume, Gudrun Frese, Renee Flint, Juliane Siewert, Dieter Kunert, Christel Miehle, Andreas Neumann/ jeweils Kassel, Anne-Kathrin Starke, Leipzig

Redaktionelle Bearbeitung durch die Kommission Kinderschutz der DAKJ: Sylvester von Bismarck/Berlin, Herbert Grundhewer/Berlin, Frank Häßler/Rostock, Bernd Herrmann/Kassel, Ute Thyen/Lübeck

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

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

Der gesamte Kinderschutzgruppen-Reader unterliegt dem  **Copyleft** – der DGKiM, B.Herrmann/Kinderschutzgruppe Kassel, I.Franke/Kinderschutzgruppe Bonn (S.23-24). **Das heißt:** Weiterverwendung unter Angabe der Quelle erlaubt und erwünscht.

Eine für die jeweilige Klinik bearbeitbare Wordversion kann per E-Mail angefordert werden unter:
kontakt@dakj.de oder b.herrmann@t-online.de

Erforderliche Angaben dabei: für Kinderschutz verantwortlicher Arzt, Kontaktdaten; evtl. schon vorhandene Kinderschutzgruppe

Version 1.2-1.6: aktualisiert 30.9.12, 11.3.13, 23.9.13, 8.1.15, 21.11.2016– **AG KiM Leitfaden Missbrauch in Institutionen ab Version 1.6. nicht mehr als Anhang am Textende, Abruf getrennt unter dgkim.de möglich!**

LEITFADEN I: Allgemeiner Teil - Aufgaben der KSG und Intervention	
Konzept der interdisziplinären Kinderschutzgruppe	3
Strategieplan für Kinderschutzgruppen	6
Rechtslage	9
Psychologisches Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung	12
Pflegerische Aspekte	13
Sozialdienst Konzept	15
Sozialdienst Diagramm	16
Muster Kooperationsvereinbarung zwischen Klinik und Jugendamt	17
LEITFADEN II: Medizinischer Teil	
Hinweise zur AWMF Leitlinie Kinderschutz	20
LEITFADEN III: Spezieller Teil – Dokumentation, Vordrucke	
Exemplarische Dienstanweisung	21
Checkliste Ablauf bei V.a. Kindesmisshandlung	22
Klinischer Pfad bei V.a. Kindesmisshandlung	23
Kurz-Protokoll Fallkonferenz	25
S.26-37 als nicht farbige Extra Word Datei zur Eigenverwendung bei der DGKiM bzw. DAKJ verfügbar!	
Strukturierter Anamnesebogen	26
Verhaltensfragebogen sexueller Missbrauch	30
Dokumentation körperlicher Befunde	31
Dokumentation Befunde Skizzen (Körperschema, Genitalbefunde)	33
Dokumentation weitergehende Diagnostik	34
Befundbogen körperliche Misshandlung (Kurzdokumentation 1 Blatt)	35
Kindergynäkologischer Befundbogen sexueller Missbrauch (Kurzdokumentation 1 Blatt)	36
Forensik-Befundbogen sexueller Missbrauch	37
Entgegennahmestätigung forensischen Materials	38
Gerinnungsanamnese	39
Prophylaxen nach akutem sexuellem Übergriff	40
Vorgehen bei Condylomata acuminata	41
Pflegerische Dokumentation 1, Basisdokumentation	42
Pflegerische Dokumentation 2, Besucherverzeichnis	43
Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen	44
Schweigepflichtsentbindung in Kinderschutzfällen	45
Abfassen eines Arztbriefes bei Kindeswohlgefährdung	46
Muster-Meldebogen einer Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt	49
Meldebestätigung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt	50
Anfrage eines Beratungsbedarfes der Klinik an das Jugendamt	51
Literatur und Internet	52
Adressensammlung	54
Neue OPS Kinderschutz und Änderung der Kodierrichtlinien 2013	55
AG KiM Leitfaden - Präventionskonzept gg sex. Kindesmissbrauch in Kinderkliniken	57

Dieser Leitfaden wird in unregelmäßigen Abständen aktualisiert. Er beruht auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und soll mehr fachliche Sicherheit im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen vermitteln. Er beansprucht nicht der einzige und ausschließliche Weg zu sein und entbindet den verantwortlichen Arzt nicht von eigenverantwortlicher, sorgfältiger Abwägung der Fakten jedes einzelnen Falles.

Konzept der interdisziplinären Kinderschutzgruppe (KSG)

Kinderschutz gehört grundsätzlich in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben. In Kinderkliniken soll er integrierter Teil des Leistungsauftrages aller dort tätigen Disziplinen sein. Nach allen epidemiologischen Arbeiten ist Kindesmisshandlung zwar häufig, wird jedoch zu selten diagnostiziert. Die Diagnose und der nachfolgende Schutz der Opfer setzt verschiedenes voraus: Aufmerksamkeit, Bereitschaft zur Diagnosestellung, fachliche Kenntnisse der verschiedenen Misshandlungsformen, rationale Diagnostik und Differenzialdiagnosen entsprechend aktueller (AWMF u.a.) Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, ein strukturiertes, fachgerechtes Vorgehen der Verdachtsabklärung, Kompetenzen in der Erfassung und Beurteilung von familiären Risiken und Ressourcen, Rechtssicherheit und die Bereitschaft zu multiprofessionellem Handeln.

Zu diesem Zweck soll es als fachlichen Standard an jeder Kinder- und Jugendklinik ein den lokalen Strukturen angepasstes Vorgehen in Verdachtsfällen geben. Dieses umfasst eine **strukturierte, verbindliche Leitlinie** mit entsprechender Diagnostik und Dokumentation und die **Etablierung einer Kinderschutzgruppe**, die von der Klinikleitung mit den nötigen Kapazitäten und Kompetenzen versehen wird.

Je nach lokaler Gegebenheit können verschiedene Disziplinen beteiligt sein (s.u.). Kinderschutz ist grundsätzlich eine im medizinischen Alltag integrierte Denkweise im Hinblick auf Sensibilisierung, Wahrnehmung und bewusste Beobachtung und gehört von daher in die Ausbildung jedes kinder- und jugendmedizinisch tätigen Arztes. Darüber hinaus sind zumindest bei einem ärztlichen Mitglied einer KSG spezielle Kenntnisse im Bereich der Diagnostik und Intervention bei jeder Form von Kindeswohlgefährdung erforderlich. Entsprechende Fort- und Weiterbildung und Spezialisierung einzelner zu Experten ist wünschenswert.

Die vorliegenden Empfehlungen sind als Leitfaden gedacht, an denen sich in Kinderkliniken oder Kinderabteilungen tätige Ärzte im Verdachtsfall orientieren können. Vor der konkreten Umsetzung in die tägliche Praxis müssen diese Empfehlungen in jeder Klinik individuell den örtlichen (personellen, infrastrukturellen etc.) Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden. Diese so in jeder Klinik zu schaffenden internen Vorgaben haben den Zweck, auch in Drucksituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden und einen fachlichen Standard im Sinne eines Qualitätsmanagement in der Versorgung körperlich, seelisch und sexuell misshandelter und vernachlässigter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten. Hilfreich kann die Verwendung eines „Klinischen Pfades“ sein.

Grundsätze

Jede Kinderklinik soll ein strukturiertes und verbindliches Interventionskonzept vorweisen, das die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt, und von den Leitern aller beteiligten kindermedizinischen Abteilungen und der Geschäftsführung getragen werden soll. Die Verfügbarkeit des Konzeptes bzw. der strukturierten Dokumentation ist allen Mitarbeitern regelmäßig zu kommunizieren.

Jede Verdachtsabklärung bzw. jeder Kinderschutzfall soll von einem interdisziplinären Team (KSG) geplant und begleitet werden. Dieses steht den verantwortlichen Stations-(Ober-)Ärzten beratend zur Seite. Das fachliche Vorgehen orientiert sich an den aktuellen, fachübergreifenden AWMF-S2-Leitlinien Kinderschutz der Sozialpädiatrie, Pädiatrie und Kinderchirurgie (DGSPJ, DGKJ, DGKCh). Entscheidungen in Kinderschutzfällen sollen nicht alleine, sondern immer durch mindestens zwei Personen gefällt werden. Eine notfallmäßige Einberufung der KSG sollte

innerhalb von 24 Stunden, bzw. am nächsten Werktag möglich sein. Eine durchgängige (zumindest telefonisch beratende) Erreichbarkeit eines Mitgliedes der KSG ist anzustreben.

Die Kinderschutzgruppe trifft sich regelmäßig zu interdisziplinären Sitzungen. Die Klinikleitung ermöglicht der Kinderschutzgruppe die eigene Weiter- und Fortbildung sowie die Supervision.

Die Interventionen umfassen medizinische, psychosoziale, vormundschaftsgerichtliche und andere juristische Maßnahmen. Sie müssen interdisziplinär sein, immer mit dem Jugendamt abgestimmt werden und werden erst abgeschlossen, wenn die Folgeverantwortung und die weiteren Zuständigkeiten und Nachverfolgung der ergriffenen Maßnahmen verbindlich geklärt sind.

Zusammensetzung einer Kinderschutzgruppe

Geleitet vorzugsweise fach-/oberärztlich aus der jeweiligen Allgemein-, Sozial- oder Neuro-Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder-/Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychotherapie. Entscheidend dafür ist Erfahrung im Kinderschutz und die Fähigkeit zur fachübergreifenden Koordination. Obligat sind der Sozialdienst der Klinik und die Pflege zu beteiligen. Nach Verfügbarkeit: Rechtsmedizin, (Kinder-/Jugend-) Gynäkologie, Kinderradiologie, u.a.

Wichtigste Aufgaben einer Kinderschutzgruppe

Erkennung von Gewalt/Misshandlung am Kind/Jugendlichen; **Planung** eines überlegten und koordinierten Vorgehens bezüglich diagnostischer Sicherung, der Elterngespräche und des Kinderschutzes nach Entlassung sowie die familienzentrierte interdisziplinäre **Beratung**.

- Standardisiertes Vorgehen bei Verdachtsfällen, Kontrolle des Vorgehens
- Rasche Entscheidung bezüglich Gefährdungsmeldung ans Jugendamt, unter Umständen polizeiliche Anzeige; Einschätzung der Gefährdung von Geschwistern
- Erstellung individueller Abklärungspläne
- Genaueste, gerichtstaugliche schriftliche, grafische und Fotodokumentation
- Standardisierte forensische Spurensicherung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch
- Standardisiertes Vorgehen bei Aufklärungsgesprächen mit Eltern
- Diskussion und Reflexion der Fälle in regelmäßigen Sitzungen
- Einbeziehung angrenzender Fachgebiete
- Aus- und Fortbildung aller Berufsgruppen im eigenen Wirkungsbereich
- Regionale Zusammenarbeit und Kontakt mit Kinderschutzdiensten, beispielsweise in multiprofessionellen (Kooperations-) Arbeitskreisen

Weitere Aufgaben

Die **Aus- und Fortbildung** für alle Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten, Hauptzielgruppe ist der Gesundheitsbereich. Diese Personen sollen für Warnsignale sensibilisiert werden und ihnen werden die wichtigsten Verhaltensmaßregeln vermittelt. Auch für Rat suchende Kinderbetreuer, nichtmedizinische und medizinische Fachleute kann die Kinderschutzgruppe eine wichtige Anlaufstelle sein. Für ein Krankenhaus ist anzustreben, dass neben der Spezialisierung Einzelner das Thema Kinderschutz von der ganzen Abteilung getragen wird.

Vorteile einer Kinderschutzgruppe

Sicherstellung einer multiprofessionellen Herangehensweise

Daraus ergibt sich eine innerklinisch breitere, multiprofessionelle und fundiertere, 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.

Entlastung des einzelnen Arztes

Die komplexe, teils emotional stark belastende Kinderschutzarbeit kann allein stark überfordernd sein– KSG Arbeit dient somit auch der Burnout-Prophylaxe!

Rasche Abklärung durch verbesserte Kommunikation

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.

Erweiterung des persönlichen und beruflichen Horizonts

In den Diskussionen bringt jedes Teammitglied seine persönliche und berufliche Erfahrung ein; dadurch 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.

Erfahrungsgewinn

Alle Verdachtsfälle von Misshandlung/Missbrauch der einzelnen Abteilungen werden im Team vorgestellt und besprochen. Durch die größere Zahl von besprochenen Fällen ist der Erfahrungszuwachs für die einzelnen Teammitglieder somit größer.

Mögliche verstärkte Sensibilisierung für Verdachtsfälle in der Abteilung

Die Existenz einer Kinderschutzgruppe führt generell zu einem Anstieg der Meldefrequenz von Verdachtsfällen durch Ambulanz- und Stationsärzte. Bei Unsicherheit und bloßem Verdacht ist der Einzelne häufig überfordert und neigt dazu, den Verdacht zu verdrängen. Fachliche Unsicherheit, eigene Betroffenheit und die Befürchtung, durch falsche Handlungen Eltern zu Unrecht zu verdächtigen oder das Leid der Patienten noch zu vergrößern, führen zu Angst vor der Diagnose. Daraus ergibt sich Unsicherheit in der Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen. Durch die Existenz einer Kinderschutzgruppe und entsprechender Richtlinien ist eine deutlich höhere Handlungssicherheit und fachliche Sicherheit gegeben. Dies führt dazu, dass Verdachtsfälle seltener verdrängt werden und einer fachlichen Klärung zugeführt werden können.

Strategieplan für Kinderschutzgruppen

Abklärungs-Phase

Wenn der erstuntersuchende Arzt in der Klinik den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung hat, wird der zuständige Oberarzt und spätestens am Folgetag die KSG informiert. Die relevanten Daten bezüglich Anamnese und Verletzungen werden nach Formblatt erhoben und das Kind wird in der Regel stationär aufgenommen. Wenn die Sicherheit des Kindes im häuslichen Milieu als sicher eingeschätzt wird und die Verletzungen nicht schwerwiegend sind, kann eine ambulante Betreuung mit den Eltern vereinbart werden. In diesen Fällen erfolgt zwingend eine Information der Kinderschutzgruppe, des Kinderarztes und ggf. auch des Jugendamtes. Säuglinge werden in der Regel immer stationär aufgenommen. Mit einer stationären Aufnahme wird das Kind vorerst in Sicherheit gebracht und man hat Zeit, in Ruhe die Situation abzuklären, den medizinischen Verdacht zu erhärten (**Diagnostik**) oder auch zu entkräften (**Differenzialdiagnosen**).

Nach stationärer Aufnahme erfolgt spätestens am nächsten Werktag eine **1. Fallbesprechung** der KSG zur Festlegung des weiteren Procedere und der Zuständigkeiten. Hilfreich ist ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen mittels klinischem Pfad, Anamnese- und Dokumentationsbögen und Checkliste zur Überprüfung der Vollständigkeit der Maßnahmen (siehe Anhang). Die KSG begleitet und überwacht die Durchführung der stationären Abklärung und das Einbeziehen interner und externer Expertise (z.B. Konsile, Rechtsmedizin) sowie die Intervention mit dem Jugendamt.

Die **Angaben** des Kindes und der Eltern, das **Verhalten** des Kindes und der **Umgang** der Eltern mit dem Kind werden beobachtet und dokumentiert (siehe auch Vorgehen der Pflegekräfte). Bei schwersten Verletzungen ohne Angaben eines Traumas oder zur Beweismittelsicherung, kann es auch notwendig sein, die **Polizei** frühzeitig einzuschalten, um eine kriminalistische Ermittlung nicht zu verzögern. Ein Einschalten der Polizei ist immer notwendig, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung von Eltern oder Geschwistern vorliegt oder unmittelbare Gefahr für andere minderjährige Geschwister vorzuliegen scheint oder wenn es geboten scheint, sofort eine Spurensicherung im häuslichen Umfeld zur Verhinderung weiterer Straftaten durchzuführen, zur Sicherstellung von Suchtmitteln, Wäschestücken oder Waffen, Überprüfung unmittelbarer Tatbestände bei nicht akzidentellen Verletzungen wie Verbrühungen und Verbrennungen und zur Spurensicherung im häuslichen Bereich im Falle pornographischen Materials wie Fotos, Filme, elektronische Daten. Die Entscheidung zu einer polizeilichen Anzeige muss in jedem Fall individuell und nicht schematisch getroffen werden. Die Gründe für den Bruch der Schweigepflicht sind sorgfältig abzuwägen und zu dokumentieren. Da die Polizei eine Ermittlungspflicht hat, kann eine Anzeige bzw. Information der Ermittlungsbehörden nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Wird eine stationäre Aufnahme von den Eltern abgelehnt, so wird bei Vorliegen von schweren Verletzungen und akuter Gefährdung des Kindes je nach den lokalen Gegebenheiten eine Inobhutnahme durch das Jugendamt bzw. ein Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts vom zuständigen Familiengericht eingeholt. Eine **ambulante Betreuung** kann nur erfolgen, wenn der Schutz des Kindes/Jugendlichen gewährleistet ist; z.B. bei Vorstellung lediglich zur Dokumentation leichter Verletzungen durch das Jugendamt.

Hilfsphase

Nach zusammenfassender Besprechung der vorliegenden Befunde (**2. Fallbesprechung**), wird das Gespräch zur Mitteilung der Diagnose mit den Eltern geplant (**3. Fallbesprechung** = Aufklärungsgespräch) und durch eine kleine Gruppe (dabei ein Erfahrener) geführt. Es ist dabei wichtig, eigene Emotionen wahrzunehmen aber nicht das Handeln leiten zu lassen. Das Problem der Kindeswohlgefährdung ist sachlich, nüchtern und ohne Schuldzuweisungen und Aggressionen anzusprechen. Den Eltern werden die vorliegenden Befunde erläutert und der Verdacht auf eine äußere Gewalteinwirkung oder inadäquate Versorgung oder traumatisierendes Erziehungsverhalten mitgeteilt. Es gilt zu erreichen, dass die Eltern Verantwortung übernehmen und sich an Überlegungen zum Schutz des Kindes beteiligen. Dazu wird die Möglichkeit einer Hilfestellung besprochen. Häufig ist in dieser Phase noch kein konstruktives Gespräch möglich. Man gibt den Eltern Bedenkzeit und lädt zu einem weiteren Gespräch ein. Besteht die Fähigkeit zur Übernahme der Verantwortung für das Geschehene und die Bereitschaft zur Veränderung, ist die Prognose hinsichtlich des Verbleibes des Kindes in der Familie günstiger.

Das Einverständnis über eine Information des Jugendamtes ist nach Möglichkeit im Konsens von den Sorgeberechtigten einzuholen. Im Falle einer Ablehnung müssen die Eltern trotzdem immer über die Information und Einbeziehung des Jugendamtes informiert werden.

Sozialplanphase

Mit kooperativen Sorgeberechtigten wird zusammen mit dem **Jugendamt** ein Plan erstellt, wie nicht nur den Kindern, sondern der gesamten Familie geholfen werden kann. Dabei werden die verschiedenen Angebote der sozialen Hilfsdienste in Anspruch genommen. Wenn die kontinuierliche Behandlung und Kontrolle gesichert sind, kann auf diese Weise das Kindeswohl ausreichend gesichert werden und ggf. von einer vormundschafts- bzw. familiengerichtlichen Intervention Abstand genommen werden. Dies erfolgt in der **4. Fallbesprechung (Helferkonferenz)**. Mit den Mitgliedern der KSG, einem Mitarbeiter des zuständigen Jugendamtes und ggf. zukünftig involvierten sozialen Institutionen, die therapeutisch eingeschaltet werden und ggf. dem betreuenden Kinderarzt, erfolgt die weitere Therapieplanung für Kind und Familie. Es wird erörtert, welche weiteren psychosozialen Institutionen kontaktiert und einbezogen werden müssen. Vernetzungstreffen mit den involvierten Helfern können in der Folge notwendig werden. Eine rasche Übernahme durch außerklinische psychosoziale Einrichtungen kann durch frühzeitige Einbindung dieser Organisationen ermöglicht werden. Die Helferkonferenz kann in der Regel unmittelbar vor dem **abschließenden Gespräch mit den Eltern**/vermuteten Tätern erfolgen.

Dabei wird den Sorgeberechtigten und im Familienverbund lebenden Erwachsenen das geplante Hilfe- bzw. Familientherapiekonzept vorgestellt und die Akzeptanz evaluiert. In dieser Phase ist es entscheidend, ob die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme besteht oder ob für das Kind bei einer Rückkehr in die Familie eine Gefährdung befürchtet wird. Daraus ergibt sich im günstigen Fall die soziale und therapeutische Rehabilitation oder im ungünstigen Fall bei mangelnder Kooperation die Entscheidung zur Fremdunterbringung und Trennung des Kindes von der Familie

Fremdunterbringung: Diese Entscheidung wird vom Familiengericht auf Antrag in der Regel des Jugendamtes getroffen. Die Kinderschutzgruppe hat eine beratende Funktion, es können nur Empfehlungen ausgesprochen werden.

Strafanzeige: Eine Strafanzeige sollte nur in wohlüberlegten Einzelfällen erfolgen. Üblicherweise sollte die Entscheidung in Absprache mit dem Jugendamt erfolgen. Bei Tatverdächtigen außerhalb des Familienkreises wird im Regelfall eine Strafanzeige erfolgen. Das Strafrecht fokussiert auf die Bestrafung des Täters und nicht primär auf den Schutz des Opfers. Die Strafanzeige befriedigt die Rechtsbedürfnisse der Gesellschaft und verfolgt somit andere Ziele als der Kinderschutz. Ein Strafverfahren nützt dem Opfer dann, wenn zum Beispiel im Hinblick auf eine Entschädigung ein Drittverschulden (z.B. Opferschutzgesetz) nachgewiesen werden soll. Im Falle bereits aufgenommener polizeilicher Ermittlungen sollten die Eltern gut informiert werden, was auf sie zukommt. Essentielle Voraussetzung für eine derartige erst im Verlauf erfolgende Strafanzeige, ist die primäre, forensischen Ansprüchen genügende und genaueste Dokumentation der Verletzungen und der dabei angegebenen Umstände. Dies sollte (soweit verfügbar) rechtsmedizinisch erfolgen, ansonsten nach o.g. Kriterien.

Ein kinder- und familienzentrierter Weg der Intervention, der medizinisches und psychosoziales Handeln kombiniert, ist die in der Regel wirkungsvollere Strategie zum Schutz der Opfer. Das Strafrecht hat höchste Ansprüche an die Beweiskraft der Befunde. Somit kann trotz vorliegender Misshandlung ein Freispruch aus Mangel an Beweisen erfolgen oder weil ein Täter nicht eindeutig zuzuordnen ist. Dies kann schwerwiegende Folgen für den Opferschutz als auch das Gefühl der fehlenden Glaubwürdigkeit bei sexuellem Missbrauch haben. Das Familienrecht ermöglicht im Gegensatz zum Strafrecht auch bei „nur“ begründetem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung Maßnahmen zum Opferschutz zu ergreifen, ohne eine Verurteilung eines Täters herbeiführen zu müssen. Die akute, forensisch korrekte Befunderhebung und Sicherung ermöglicht auch eine spätere Strafanzeige, da alle „Beweismittel“ gesichert sind.

(Modifiziert nach österreichischem Leitfaden für Kinderschutzgruppen 2002, 2008; sowie Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Schweizer Kinderkliniken 2005; siehe auch AWMF Leitlinie Kinderschutz 2008/09).

§§§ **Rechtslage** §§§

Stand November 2016

Rechtsfragen bei Gewalt gegen Kinder umfassen ein relativ weites Spektrum. Neben internationalen Abkommen gibt es Vorgaben im Grundgesetz (**GG**) mit der Verankerung des elterlichen Sorgerechts, aber auch des sog. staatlichen Wächteramtes als Einschränkung dieses Sorgerechts. Der Gesetzgeber füllt diese Vorgaben inhaltlich u.a. mit Regelungen im Familienrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (**BGB**), im Kinder- und Jugendhilfegesetz (**KJHG**) bzw. im Sozialgesetzbuch VIII (**SGB VIII**), im Strafgesetzbuch (**StGB**) und in der Strafprozessordnung (**StPO**). Daneben gibt es spezielle gesetzlichen Regelungen auch zum Schutz von Minderjährigen z.B. im Gewaltschutzgesetz (**GewSchG**) und in den „Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (**RiStV**)“. Neu hinzugekommen ist das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (**FamFG**) vom 17. Dezember 2008. Besondere praktische Relevanz haben Regelungen zum Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern im Strafverfahren.

Seitens behandelnder Ärzte ist einerseits zu beachten, dass zunächst grundsätzlich die **ärztliche Schweigepflicht** gemäß **§ 203 StGB** gilt. Diese darf aber im Sinne einer sorgfältigen Güterabwägung bei drohender Gefahr für ein Rechtsgut von hohem Rang gebrochen werden. Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung das höhere Rechtsgut. Als rechtliches Instrument dient hierzu der **rechtfertigende Notstand** gemäß **§ 34 StGB**. Bei begründetem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung ist schon allein wegen der nicht ausschließbaren Wiederholungsgefahr im Regelfall eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht möglich. Dies kann z.B. gegenüber dem Jugendamt erfolgen, dass seinen im SGB VIII verankerten Pflichten zur Hilfeleistung bzw. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) genügen muss. Gegebenenfalls hat das Jugendamt Entscheidungen des Familiengerichts herbei zu führen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Strafanzeige gemäß § 138 StGB besteht nicht.

Das seit dem 01.01.2012 geltende **Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)** verpflichtet alle im Kinderschutz tätigen Stellen zur Zusammenarbeit in einem Kooperationsnetzwerk und erlaubt gem. § 4 Abs.1 Ärzten, Ärztinnen, Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen eines anderen Heilberufes bei Kenntnis gewichtiger Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen tätig zu werden: zunächst Erörterung der Situation mit den Sorgeberechtigten und Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen, soweit dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage stellt. Das Jugendamt soll nach Information mit pseudonymisierten Daten eine Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ bieten. Reicht dies nicht aus zur Abwendung der Gefährdung, so darf das Jugendamt weitergehend informiert werden mit allen erforderlichen Daten. Steht das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen nicht entgegen, so sind die Betroffenen vorab auf die anstehende Information des Jugendamtes hinzuweisen.

Weiterhin soll der Einsatz sog. Familienhebammen gestärkt werden, einschlägig vorbestrafte Personen werden von Tätigkeiten in der Kinder- und Jugendhilfe ausgeschlossen (neuer § 72a SGB VIII), die Jugendämter sollen ihren Informationsaustausch steigern um das sog. „Jugendamts-Hopping“ zu verhindern, Hausbesuche durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes bekommen einen höheren Stellenwert.

Infos zum Bundeskinderschutzgesetz: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html,
Gesetzestext: www.bagkjs.de/media/raw/BGBl_BKischG_28_12_2011.pdf

Das Gesetz selbst besteht zu einem erheblichen Teil; in Änderungen anderer Gesetze und Paragraphen; mit den entsprechenden Links hier: www.buzer.de/gesetz/10033/index.htm.

Ein Originalartikel mit Kommentar und Beschreibung von Prof. R.Wiesner findet sich im Newsletter der AG KiM Ausgabe 3 (01-2012), S.5-17

Allerdings ist weiterhin zu bedenken, dass sich der Arzt durch seine besonderen fachlichen Qualifikationen und Möglichkeiten Kinder zu schützen, in einer sog. **Garantenstellung** befindet und damit eine besondere Verantwortung und moralische Verpflichtung hat, für den Schutz seiner minderjährigen Patienten zu sorgen.

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

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

Das Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB ist im Sinne einer Güterabwägung gegenüber dem Kindeswohl abzuwägen.

§ 4 des Bundeskinderschutzgesetzes sieht ein dreistufiges Vorgehen vor: erst Erörterung mit den Sorgeberechtigten, dann Beratung durch das Jugendamt unter Mitteilung pseudonymisierter Daten, am Ende umfangreiche Information des Jugendamtes. Daneben erlaubt § 34 StGB eine Güterabwägung unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstandes, wenn diese Abwägung akut erforderlich ist sowie gründlich und gewissenhaft erfolgt. Ein Verpflichtung zur Anzeige entsprechend dem Katalog meldepflichtiger Straftaten gemäß § 138 StGB besteht jedoch nicht.

Überblick Rechtsnormen bei Kindesmisshandlung

- I. **Internationale Normen zum Schutz des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention; Haager Minderjährigen Schutzabkommen; Haager Kindesentführungsabkommen)**
- II. **Verfassungsrechtliche Vorgaben (insbes. Art. 6 GG – Elterliches Sorgerecht - „Staatliches Wächteramt“)**
- III. **Bundesgesetze**
 1. **Zivilrecht (BGB), Zivilprozessrecht (ZPO) und Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG)**
 - Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (BGBl. I 2008, 1188)
 - Familienrecht des BGB (§§ 1627 ff. BGB)
 - Verbot entwürdigender Maßnahmen (§ 1631 BGB)
 - Unterbringung des Kindes (§ 1631b BGB)
 - Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB)
 - Trennung des Kindes von den Eltern; Entziehung der Personensorge (§ 1666a BGB)
 2. **Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)**
 - Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII)
 - Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII)
 - Mitarbeiter, Fortbildung bei Trägern der öffentlichen Jugendhilfe (§ 72 SGB VIII)
 - Interventionsmöglichkeiten des Jugendamts (§§ 27 ff. SGB VIII)
 - Amtsermittlungsgrundsatz (103 SGG)
 - Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)
 - Bundeskinderschutzgesetz ab 01.01.2012 mit u.a. Befugnis zur Information des Jugendamtes als gesetzliche Durchbrechung der Schweigepflicht gem § 203 StGB
 3. **Strafrecht (StGB) und Strafprozessrecht (StPO)**
 - Körperverletzungsdelikte (§§ 223 ff. StGB)
 - Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen (z. B. §§ 180, 182, 184 b StGB)
 - Ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB)
 - Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)
 - Sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176 StGB)
 - Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern (§ 176a StGB)
 - Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge (§ 176b StGB)
 - Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung (§ 177 StGB)
 - Ärztliche Untersuchung von Gewaltopfern auf Anordnung der Justizbehörden (§ 81c StPO)
 - Verletzung des Schamgefühls (§ 81d StPO)
 - Vernehmung von Kindern und Jugendlichen (Ausschluss und Beschränkung der Öffentlichkeit)
 - Rechte eines Gewaltopfers, Videovernehmung
 - Beschleunigung von Verfahren mit kindlichen Opfern
 - Richtlinien für Polizei und Staatsanwaltschaft (RiStBV)
 - Adhäsionsverfahren für Schadensersatz und Schmerzensgeld
 4. **Sonstige Regelungen**
 - Gewaltschutzgesetz
 - Opferentschädigungsgesetz
 - Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich, Hilfe für Gewaltopfer
 - Keine unterschiedlichen landesrechtlichen Regelungen der einzelnen Bundesländer mehr, da mit dem Bundes Kinder Schutz Gesetz jetzt Bundesrecht vorrangig gilt (z.B. ehemals Meldepflicht für Ärzte an das Jugendamt in Bayern!)

Psychologisches Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung

Grundlage: Im Sinne einer systemischen, familienzentrierten Herangehensweise kann die primäre Teilnahme des Psychologen/Kinder- und Jugendpsychiaters oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an den Gesprächen mit den möglichen Verursachern vorteilhaft und für den betreuenden Pädiater oder Kinderchirurgen deutlich entlastend sein. Auch können nach Klärung des Sachverhaltes, die spezifischen kindlichen Bedürfnisse in die Planung der weiteren Betreuung dadurch besser einbezogen werden. Bei stärker kindzentrierter Herangehensweise ist unter Umständen die Teilnahme des Psychologen an Elterngesprächen vor Abschluss der Exploration des Kindes nicht zweckmäßig, um das Kind nicht in Loyalitätskonflikte zu bringen und den Aufbau einer vertrauensvollen Gesprächsgrundlage zu ermöglichen.

Psychologische Exploration des Kindes:

1. Fragen zum Alltag und Lebensumfeld, um das Kind und seine Lebenswelt kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen.
2. Im Gespräch über Symptomatik und Alltag den fraglichen Sachverhalt (Grund der stationären Aufnahme, die etwaige Misshandlung) einkreisen bzw. sich inhaltlich annähern, „Brücken bauen“, um dem Kind die Schilderung des Erlebten zu erleichtern/ermöglichen
3. Mit dem Kind abklären, was es über den Grund seines Krankenhausaufenthaltes denkt (was wurde ihm gesagt, was denkt oder befürchtet es selbst?), evtl. über den Grund aufklären und von möglichen Schuldgefühlen entlasten.
4. Fragen zur Symptomatik (Aufnahmearbeit): Art der Beschwerden, Dauer, Häufigkeit, Situationsabhängigkeit, Folgen und Umgang damit, eigene Erklärungen des Kindes dazu, Erklärungen der Bezugspersonen dazu.
5. Hat das Kind Sorgen oder Befürchtungen seine Bezugspersonen betreffend? Halten die Befürchtungen davon ab, sich offen mitzuteilen? Gesprächsbereitschaft abklären bzw. fördern oder herstellen.

Wichtig: Sich selbst vorstellen, eigene Rolle transparent machen, zu Fragen ermutigen, keine falschen Versprechungen machen, offen aber nicht konfrontativ mit der Problematik umgehen, Entwicklungsbezogene und emotionale Bedürfnisse der Kinder berücksichtigen. Eine Situation schaffen (evtl. auch Spielsituation), die es dem Kind ermöglicht, freiwillig Erlebtes zu berichten bzw. darzustellen. Die Beziehung zum Kind sollte von Empathie und Akzeptanz geprägt sein.

Während des Gesprächs mit erheben:

1. Psychopathologischer Befund

Äußeres Erscheinungsbild; Kontaktverhalten und Kooperation; Psychomotorik; Sprache; Stimmung und Affekte; Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle; Ängste; Zwänge; Funktionsstörungen; Merkfähigkeit, Orientierung, Bewusstsein; Denken; Ich-Störungen; Sinnestäuschungen; akute/latente Suizidalität.

2. Hinweise auf eine klinische Symptomatik

Ängste; Zwänge; Phobien; Depressionen; Essstörungen; funktionelle und somatoforme Störungen; Dissoziative Zustände; Schlafstörungen; selbstverletzendes Verhalten.

3. Bisherige Maßnahmen, Therapien, Hilfsversuche

Gab es bereits Behandlungsversuche? Unternahm das Kind Versuche, sich Hilfe zu holen? Hat das Kind sich schon einmal anvertraut? Wem? Erfahrungen damit? Besteht aktuell kinder- und jugendpsychotherapeutischer bzw. –psychiatrischer Behandlungsbedarf? Gegebenenfalls nach Absprache Kontakte zur Weiterbehandlung anbahnen.

Weiterbetreuung:

Berücksichtigung des § 35 KJHG, Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung.

Pflegerische Aspekte

Pflegekräfte können wichtige Informationen und Kenntnisse über das Kind beisteuern, die Ärzten vorenthalten bleiben. Dies ergibt sich aus dem deutlich engeren zeitlichen, aber auch emotionalen Kontakt zum Kind. Vertrauen kann bei den Aktivitäten des täglichen Lebens entstehen. Besonders wichtig ist es, im Umgang mit den Kindern und vor allem den Eltern und möglichen Tätern, sich nicht von der eigenen Betroffenheit und seinen Emotionen leiten zu lassen. Nur so kann ein möglichst objektives Bild der Gesamtsituation zusammengetragen werden.

Das Hauptaugenmerk liegt auf der möglichst sachlichen und wertfreien **Beobachtung** und **Dokumentation** (vgl. Liste unten) des Verhaltens des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion.

Wichtig ist dabei, die elterlichen Fähigkeiten im Umgang mit ihrem Kind zu beschreiben:

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

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

Eine Pflegekraft jeder involvierten Abteilung soll als regelmäßiges Mitglied an den Sitzungen der KSG teilnehmen. Eine wichtige Funktion ist die Beratung ihrer Pflegekollegen, die das Kind betreuen. Dies gilt für Dokumentation, aber auch die o.g. Verhaltens- und Umgangsaspekte.

Dokumentation

Damit keine Beobachtungen, Aussagen und subjektive Eindrücke verloren gehen, müssen sie unbedingt genauestens dokumentiert werden. Aussagen sollten so wortgetreu wie nur möglich notiert werden. Beobachtungen und subjektive Eindrücke sind als solche klar zu kennzeichnen, dennoch aber wichtig für die Gesamtbeurteilung. Auch Telefonate mit Eltern, Angehörigen oder Kinderarzt müssen aufgeschrieben und mit Datum, Uhrzeit und Name versehen werden. Alle für den Kinderschutz wichtigen Informationen sollten in einem **separaten Ordner** aufbewahrt werden, da Eltern ein Recht auf Ansicht der regulären Akte haben und somit die Pflegeberichte lesen können. Dies ist zum Anfang einer Verdachtsklärung jedoch nicht sinnvoll. Zur Ansicht der persönlichen Notizen der Extra-Akte gibt es kein Anrecht, sie wird zunächst ohne Kenntnis der Eltern geführt. Auch bei eventuellen Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen müssen die Teile der Akte, die nicht der üblichen medizinischen Dokumentation entsprechen, nicht mitgeteilt werden (vgl. *Herrmann et al. Kindesmisshandlung. 3.Auflage 2016, S.281f*)

Wichtig bei Verdacht auf akuten sexuellen Missbrauch/Vergewaltigung

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

Genauere Dokumentation in separatem Ordner: (Pflege-Bögen im Anhang benutzen!)

- Pflegezustand (schmutzige Kleidung, dreckige Fingernägel u.s.w.)
- Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome? (Ort, Größe, Lokalisation, Formung)
- Mit zuständigem Arzt/Kinderschutzgruppe abklären, wer das Kind besuchen darf und ob und mit wem das Kind die Station verlassen darf
- Wer kam wann, für wie lange zu Besuch?
- Wie war der Umgang zwischen Besucher und Kind?
- Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
- Wie ist das Verhalten des Kindes dem Pflegepersonal gegenüber? (z.B. ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)
- Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten?
- Wie formuliert das Kind diverse Tätigkeiten und Begriffe (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien)
- Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?
- Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig)
- Geniert sich das Kind? (Altersentsprechend?)
- Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten? (Aufreizend? Kokett?)
- Sind alle erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?
- Absprachen mit dem Jugendamt beachten.

* Mit „Kind“ sind im Folgenden auch immer Jugendliche einbezogen.

** Mit „zuständigem Arzt“ ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint.

Sozialdienst Konzept

Interventionen und Handlungsschema der Sozialberatung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Der Sozialdienst ist obligater Bestandteil jeder Kinderschutzgruppe. Er ist in der Regel an allen Elterngesprächen beteiligt, ergänzt die soziale Anamnese und koordiniert die Kontakte zum Jugendamt und anderen externen Institutionen.

Erstgespräch

Erhebung einer Familienanamnese/Sozialanamnese im Hinblick auf Risiken als auch Ressourcen:

- Einbindung des Kindes in Familie, Familienzusammensetzung/Familienstruktur, Herausarbeiten der einzelnen Positionen
- soziale Kontakte
- berufliche Einbindung der Eltern
- finanzielle Situation
- Belastungen bei Familienmitgliedern, evtl. Spannungen
- Erziehungsprobleme oder ähnliches in der Vergangenheit
- Besonderheiten, akute Zuspitzungen in letzter Zeit

Erhebung der Dynamik beim Misshandlungsablauf/ Situationsdynamik:

- Bisherige Konfliktlösungsmuster bei Problemen
- Art der Disziplinierung bei Fehlverhalten des Kindes (körperliche oder seelische Gewalt?)
- Beschreibung der Art, Ablauf und Häufigkeit von Gewalthandlungen

Abgleichen der erhobenen Informationen

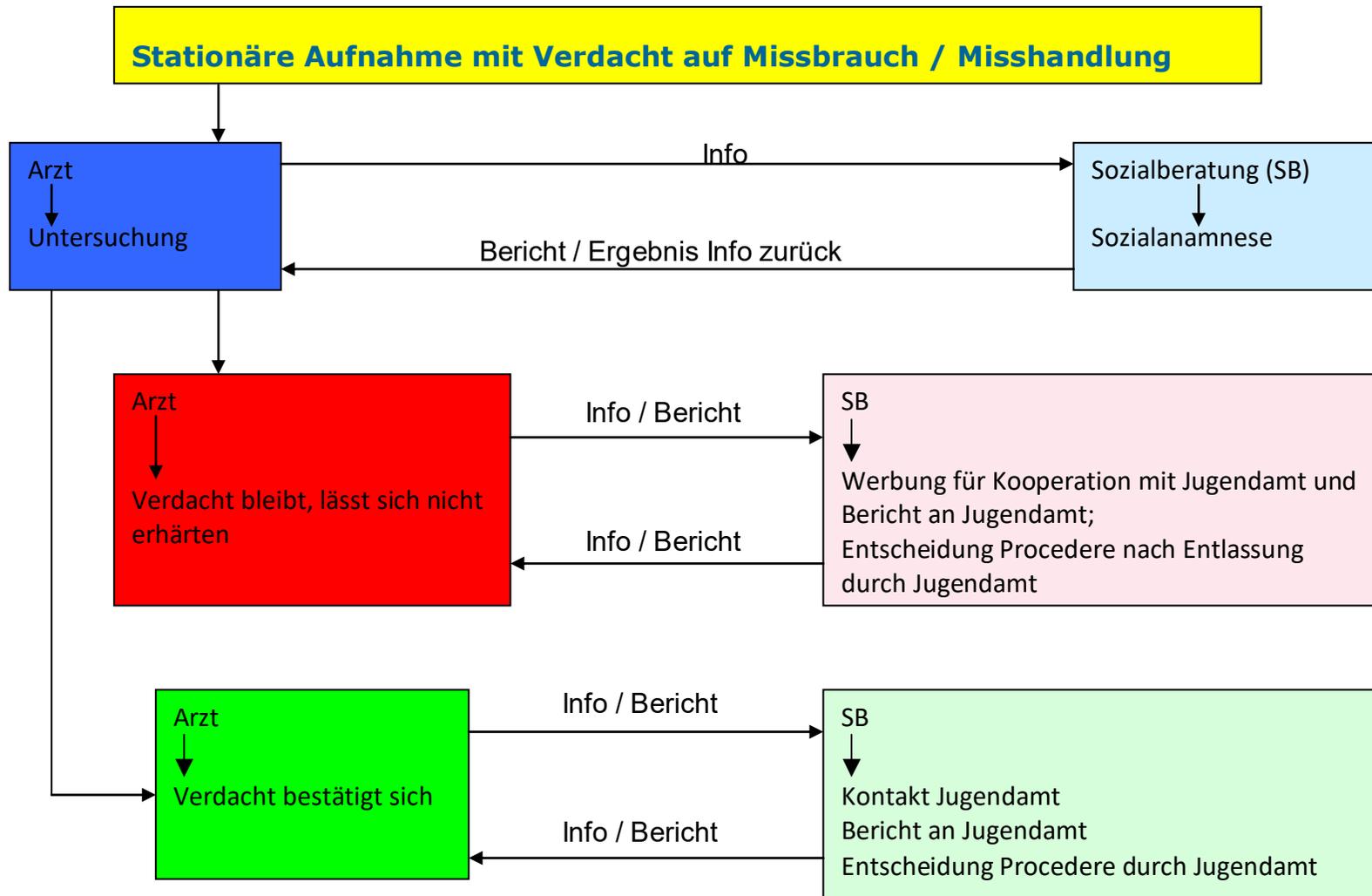
aus der Sozialanamnese mit der medizinischen Situation, anschließende gemeinsame Entscheidungsfindung mit Arzt bzw. der Kinderschutzgruppe ob und welche Form von Kinderschutzmaßnahmen zu ergreifen sind: Information des Jugendamtes (üblicherweise ja) und Abwägung ob strafrechtliche Anzeige zweckmäßig ist.

Fällt die Entscheidung zur Einschaltung des Jugendamtes, nehmen wir den Kontakt zum zuständigen Jugendamtsmitarbeiter auf und setzen einen gemeinsamen Gesprächstermin fest.

Zweitgespräch

mit der Familie (und Arzt):

- Schaffen von Problembewusstsein
- Erarbeiten von Lösungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten
- Herstellen von Kontakten zu weiterführenden Beratungsstellen, Frühe Hilfen etc.



Muster-Kooperationsvereinbarung

zwischen dem/den Jugendämtern _____ und der
Klinik für _____ in _____

Modifiziert nach der Kooperationsvereinbarung der Kinderklinik auf der Bult und der Stadt Hannover
Sofern bei Berufsbezeichnungen männliche Bezeichnungen gewählt sind, sind immer beide Geschlechter gemeint!-

Version: 30.9.2012

Präambel

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

Grundsätze

Die Kooperationspartner stimmen überein, dass Verdachtsfälle einer Kindeswohlgefährdung, bei denen *eine stationäre medizinische Abklärung erforderlich* ist, in der Klinik¹ vorgestellt werden. Ob eine solche Klärung erforderlich ist, bzw. ob eine ambulante medizinische Klärung möglich ist, entscheidet der behandelnde Kinder- und Jugendarzt, der öffentliche Gesundheitsdienst oder ein (möglichst mit Kinderschutzaufgaben befasster) Arzt der Klinik nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Kindes gemeinsam mit der zuständigen Vertretung des Jugendamtes.

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

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

Datenschutz

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

1. eine Einwilligung der/des Sorgeberechtigten bzw. des einwilligungsfähigen Jugendlichen vorliegt

oder

2. eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und die Gefahr nicht anders als durch die beabsichtigte Informationsweitergabe abwendbar ist. Voraussetzung hierfür ist eine gegenwärtige bzw. andauernde und konkrete gesundheitliche Gefährdung des Kindes (körperlich, seelisch, emotional bzw. für die weitere Entwicklung). Es müssen die Voraussetzungen des § 34 StGB bzw. § 4 Abs. 3 des **BKiSchG**² vorliegen.

1 Die Klinik umfasst die folgenden Kliniken/Einrichtungen:

...

Fakultativ, soweit vorhanden:

Koordinierend und Ansprechpartner ist in der Regel die **interdisziplinäre Kinderschutzgruppe der Klinik**.

2 Bundeskinderschutzgesetz

§ 1 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben der Klinik

1. Die Klinik, möglichst vertreten durch die Mitglieder der interdisziplinären Kinderschutzgruppe (*soweit vorhanden*), führt bei Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen der verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung eine diagnostische Abklärung und Behandlung nach gültigem medizinischem Standard durch. Grundlage dafür sind die jeweils geltenden Empfehlungen der damit befassten medizinischen Fachgruppen und Fachgesellschaften in Deutschland, insbesondere die AWMF Leitlinie Kinderschutz und der Leitfaden „Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken der DGKiM und DAKJ“, bzw. der innerklinischen Leitfaden und Verfahrensstandard der Klinik.
2. Die Klinik meldet , unter Beachtung der o.g. Datenschutzbestimmungen, dem zuständigen Jugendamt ambulant und stationär betreute Kinder
 - bei denen eine körperliche oder seelische Kindesmisshandlung, eine körperliche oder seelische Vernachlässigung oder ein sexueller Missbrauch mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt oder bereits nachgewiesen wurde
 - deren Gesundheitszustand durch fehlende Ressourcen der Eltern nach Ausschöpfung aller einvernehmlichen Lösungsansätze weiterhin gefährdet ist
 - bei denen aus sonstigen Gründen eine Kindeswohlgefährdung droht oder bereits eingetreten ist. Dies umfasst insbesondere alle Neugeborenen von süchtigen (drogen- oder alkoholabhängigen und drogensubstituierten) Müttern. In diesen Fällen ist aufgrund des hohen Gefährdungsrisikos ein engmaschiges Hilfe- und Unterstützungssystem zum frühestmöglichen Zeitpunkt, zwingend aber vor Entlassung des Neugeborenen aus der Klinik, einzurichten.
3. Die Meldung an das Jugendamt erfolgt unmittelbar nach Verdachtsbestätigung mit Hilfe eines standardisierten Meldebogens (siehe Anhang).
4. Die Klinik lässt dem Kooperationspartner relevante fachliche Informationen und Daten zur Kindeswohlgefährdung zukommen. Außerdem erstellen die Ärzte der Klinik auf Wunsch dem zuständigen Jugendamt eine zeitnahe kurze vorläufige ärztliche Stellungnahme zum Fall. Über den genannten Umfang hinausgehende Schriftstücke werden als fachärztliche Gutachten angesehen und bedürfen der gesonderten Vereinbarung oder gerichtlichen/staatsanwaltlichen Beauftragung.
5. Die Klinik stellt für jeden Fall einer drohenden oder bestätigten Kindesmisshandlung oder Kindeswohlgefährdung eine Ansprechperson bereit. Die Ansprechperson wird der zuständigen Vertretung des Kooperationspartners namentlich benannt.
6. In Fällen von begründetem oder bestätigtem Verdacht auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung oder einer sonstigen Kindeswohlgefährdung erfolgt klinikintern eine erste Fallkonferenz zur Planung des weiteren Vorgehens bzw. zur Verdachtsklärung. Hierzu werden zuvor Informationen des behandelnden Kinder- und Jugendarztes eingeholt. Je nach Verdachtgrund erfolgt zeitgleich oder nach weiterer Klärung die Information des Jugendamtes. Danach beruft die Klinik eine Hilfeforenz ein. An dieser nehmen von ihrer Seite mindestens ein mit dem Fall betrauter Arzt und ein Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes teil sowie die zuständige Vertretung des Jugendamtes, die Sorgeberechtigten des Kindes (in der Regel die Eltern) sowie bei Bedarf weitere Personen. In der Regel erfolgt zuvor eine Besprechung der Klinikmitarbeiter mit dem Jugendamt ohne Beisein der Eltern.
7. Der zuständige Arzt teilt dem Jugendamt und dem weiterbehandelnden Kinder- und Jugendarzt die voraussichtliche stationäre Aufenthaltsdauer des Kindes dem Jugendamt mit. Diese orientiert sich in erster Linie an der Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung, organisatorische Belange des Jugendamtes sind dabei möglichst zu berücksichtigen.
8. Wenn nach einer ersten Einschätzung kein Fall von akuter Kindeswohlgefährdung vorliegt, aber Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei den Eltern oder dem Kind erkannt wird, schickt der zuständige Arzt oder Mitarbeiter des Sozialdienstes nach schriftlicher Einwilligung der Eltern eine „Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs- und Unterstützungsbedarf“ (vgl. Anlage).

§ 2 Fallbezogene Kooperation: Aufgaben des Jugendamtes

(vom JUGENDAMT jeweils noch zu bearbeiten!)

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

§ 3 Einzelfallunabhängige Kooperation

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

§ 4 Weitere Absprachen zur Zusammenarbeit

1. Die Kooperationspartner vereinbaren regelmäßige jährliche Treffen, um die Erfüllung des Kooperationsvertrages gemeinsam zu überprüfen, ihre Erfahrungen in der Umsetzung des Vertragsinhaltes auszutauschen und weitere Kooperationsinhalte zu besprechen.
2. Ihre Arbeitsergebnisse stimmen die Kooperationspartner in der eigenen Institution ab.
3. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses sind seitens der Klinik _____ als verantwortlicher Arzt für die Einhaltung der Kooperationsvereinbarung und _____ als Vertreter benannt. Seitens des Jugendamtes Kassel sind _____ und _____ als Vertreter benannt.

Unterzeichner: _____, den _____

Für die Kinderschutzgruppe der Klinik

Für das Jugendamt

(Ärztlicher Direktor bzw. Geschäftsführer der Klinik)

(Leitung des Jugendamtes)

(Leiter, Kinderschutzgruppe)

(Vertreter)

(Vertreter)

LEITFADEN II: Medizinischer Teil

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

Stand November 2016 sind alle verfügbaren deutschen Leitlinien abgelaufen (Ausnahme Kinderradiologie). Eine **S3+ Leitlinie** unter Federführung der DGKiM ist seit 2015 in Bearbeitung (www.kinderschutzleitlinie.de) und geplant Ende 2017 zu publizieren

Weitere (internationale) Leitlinien sowie weitere medizinische Kinderschutz-Fachinformationen unter: www.kindesmisshandlung.de/

Standardwerk/Handbuch medizinische Diagnostik:

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2016) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3. aktualisierte und erweiterte Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York



LEITFADEN III: [Spezieller Teil – Dokumentation, Vordrucke](#)

Exemplarische Dienstanweisung* : bei V.a. Kindesmisshandlung

☞ **Immer** zeitnahe Information und Einbeziehung der Kinderschutzgruppe (siehe Adressen unten) bei allen Verdachtsfällen auf Gewalt/Vernachlässigung an Kindern und Jugendlichen **unter 16 Jahren!**

1. **Im Dienst immer Info Oberarzt**, gemeinsam prüfen/festlegen:
 - Indikation zu sofortiger forensischer kinder-/jugendgynäkologischer Notfall-Untersuchung?
 - Sofortige Info/Konsultation eines Mitgliedes der Kinderschutzgruppe erforderlich?
 - Gefahr im Verzug? Sofortige Inobhutnahme zur Sicherung des Kindesschutzes erforderlich?
 - Weiteres diagnostische u.a. Vorgehen?

2. **Immer Info der Kinderschutzgruppe** spätestens am nächstfolgenden Werktag (s.u.)

3. **Immer strukturierte Dokumentationsbögen benutzen:**
 - a. **Schnell-Dokumentation:** im Dienst
 - b. **Ausführliche Bögen:** am Folgetag
 - c. **Diagnostik** gemäß Standard der AWMF-Leitlinien Kinderschutz

4. In der Regel ist es **weder erforderlich noch sinnvoll die Eltern primär auf den Misshandlungsverdacht hinzuweisen**. Es ist festzustellen, dass aufgrund der Besonderheit/ Schwere/Ausmaß/etc. der Verletzungen dringender weiterer medizinischer Klärungsbedarf besteht, man sich aus ärztlicher Sicht Sorgen um das Kind macht und die Klärung im Sinne des Kindes und natürlich auch der Eltern ist (an Elternverantwortung appellieren!). Das heißt:

5. Bei akutem Verdacht auf Misshandlung ist das Kind in der Kinderklinik bzw. Kinderchirurgie **stationär aufzunehmen!** *Ausnahmen:* leichte Verletzungen ohne Verdacht auf okkulte innere Verletzungen, wenn der Kinderschutz eindeutig gesichert ist; z.B. Kind kommt mit Jugendamt, Polizei etc. lediglich zur Befunddokumentation. Wenn möglich auch dann zuvorige Rücksprache mit der Kinderschutzgruppe. Ergibt sich ein Verdacht im Laufe einer Behandlung aus anderen Gründen (z.B. in anderer Abteilung), ist das weitere Procedere mit der Kinderschutzgruppe abzustimmen.

6. Bei allen Verdachtsfällen sowie bei **Entlassung** von stationär behandelten Fällen soll immer ein Durchschlag des stationären Briefes an die Kinderschutzgruppe z.Hd. zur zentralen Erfassung aller Fälle und Verdachtsfälle weitergeleitet werden.

Adressen der KSG

Kinderschutzgruppe in Kinderklinik Sonnenschein					
Name	Abteilung/Station	Funktion/Fach	Kliniktelefon	Pieper	E-Mail Klinik (von außerhalb)

Verbindlich ! Freigegeben durch Chefärzte aller Kinderabteilungen am.../ggf. Unterschriften

* **Dienstanweisung als Extra-Datei mit aktuellen Ansprechpartnern erstellen!**
 DGKiM & DAKJ - Kinderschutzgruppen-Leitfaden, Version 1.6, 11/2016 - [Abrufbar unter dgkim.de, dakj.de](#)

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

 Geb. _____ Station _____

Checkliste zum klinischen Ablauf bei V.a Kindeswohlgefährdung

(als Deckblatt in Extra-Akte; nicht in normale Patientenakte!)

Ersteinschätzung, Maßnahmen

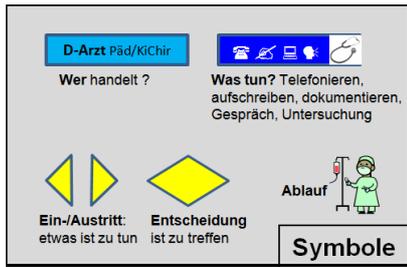
- Klinische Einschätzung, Plausibilitätsprüfung
- Vitalfunktionen? Akutdiagnostik veranlasst? Intensivstation ? (neuro-)chir. Maßnahmen?
- Ersterfassungsbogen/Kurz-Doku ausgefüllt ausführlichen Erfassungsbogen ausgefüllt
- diensthabenden OA (bzw. KSG) verständigt erste Schritte besprochen
- stationäre Aufnahme Station: _____ ambulant weil (Ausnahme!): _____
- klinischer Pfad berücksichtigt/begonnen (Regelfall!) nicht berücksichtigt

Klinischer Pfad

Maßnahme (Durchführungsverantwortlicher)	Datum/Uhrzeit	Wer?
Tag 1		
<input type="checkbox"/> primäre forensische Notfalluntersuchung indiziert? (Kinder-/Jugend-Gynäkologe? Erwachsenen-Gyn. ? KSG-OA?)		
<input type="checkbox"/> Akute Inobhutnahme? (Polizei, häusliche Spurensicherung)?		
<input type="checkbox"/> KSG informiert (Dienstarzt/diensthabender OA) Namentlich Ansprechpartner der KSG: _____		
<input type="checkbox"/> Ausführliche Anamnese- und Befunddokubögen (Stationsarzt)		
<input type="checkbox"/> Nicht ausgefüllt; KSG erwirkt/unterstützt das Ausfüllen (KSG)		
<input type="checkbox"/> Situation bewerten/ 1. Fallbesprechung /Tel.absprache (KSG)		
<input type="checkbox"/> Eltern-Erstgespräch, Info über Procedere (KSG+Stat.arzt/OA)		
Tag 2-4		
<input type="checkbox"/> Diagnostik/Konsile werden angefordert (Stationsarzt/Stat.OA)		
<input type="checkbox"/> Rechtsmedizinisches Konsil erforderlich? (KSG)		
<input type="checkbox"/> Pflege legt Extra Kurve an (betreuende Pflegekraft)		
<input type="checkbox"/> Beratung für betreuende Pflegekraft (KSG Pflegekraft)		
<input type="checkbox"/> Erhebung Sozial-/Familianamnese (Sozialdienst)		
<input type="checkbox"/> Vollständigkeit der Konsile überprüfen/Rückfragen (Stationsarzt/Stations-OA; Rücksprache/Überwachung durch KSG)		
<input type="checkbox"/> 2. Fallbesprechung Ergebnisdiskussion, Verdachtsabklärung bewerten (KSG, mind. 2 Mitglieder, 1 ärztl. forensisch Erfahrener)		
<input type="checkbox"/> 3. Fallbesprechung mit Eltern; Ergebnisse + Verdacht mitteilen; Jugendamt involvierung mitteilen (mindestens 2 KSG-Mitglieder, davon 1 ärztlich KSG-Erfahrener, betreuende Pflegekraft)		
Tag 5-6		
<input type="checkbox"/> 4. Fallbesprechung (Helferkonferenz) mit Jugendamt organisieren; Kontaktaufnahme Jugendamt (Sozialdienst)		
<input type="checkbox"/> Aufklärungsgespräch mit Eltern und Jugendamt durchführen (Sozialdienst bzw. KSG wie oben)		
<input type="checkbox"/> Entlassung/Entlassungsbrief/Stellungnahme vorbereiten Durchschläge an JA + KSG (Stationsarzt, <u>immer</u> Briefkontrolle durch KSG bzw. Stations-OA vor Weitergabe/Verschickung)		
<input type="checkbox"/> Haus-Kinderarzt tel. vorinformieren (Stat.arzt/ggf. KSG)		
<input type="checkbox"/> Entlassung nur mit Rücksprache Jugendamt (und der KSG)		

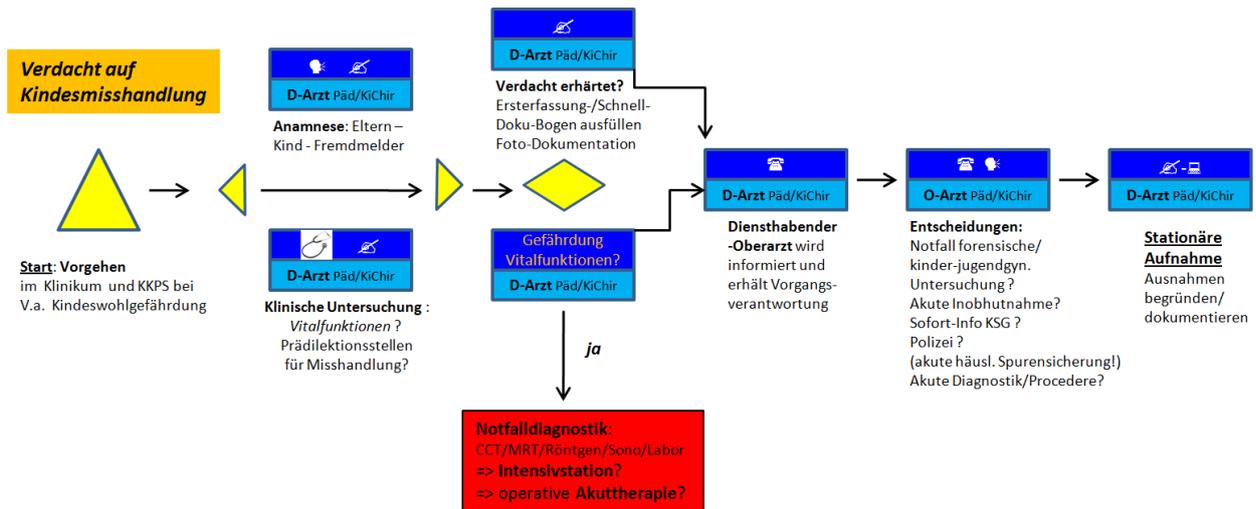
Abkürzungen: KSG = Kinderschutzgruppe OA = Oberarzt JA = Jugendamt

Modifiziert nach I.Franke, copyleft  Kinderschutzgruppe Bonn, kinderschutzgruppe.de



Klinischer Pfad Kindeswohlgefährdung Kinderschutzgruppe

0 – 3 h

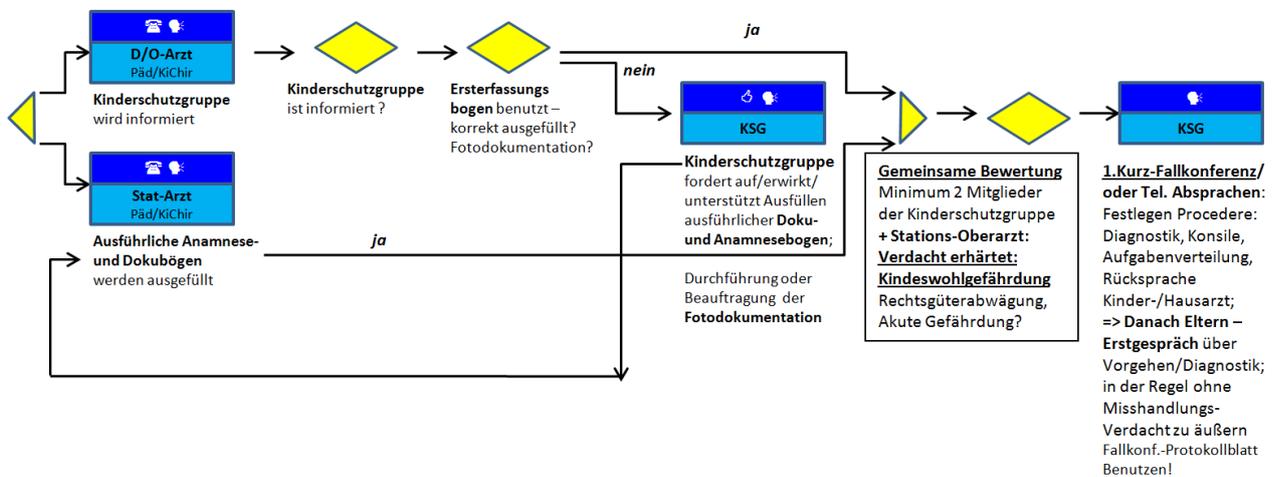


Klinischer Pfad Kindeswohlgefährdung für Kinderschutzgruppen | modifiziert nach I.Franke Bonn | © copyleft Kinderschutzgruppe Bonn 1

Ansprechpartner/Erreichbarkeit der Kinderschutzgruppe:

Name	Fkt./Klinik	Tel.

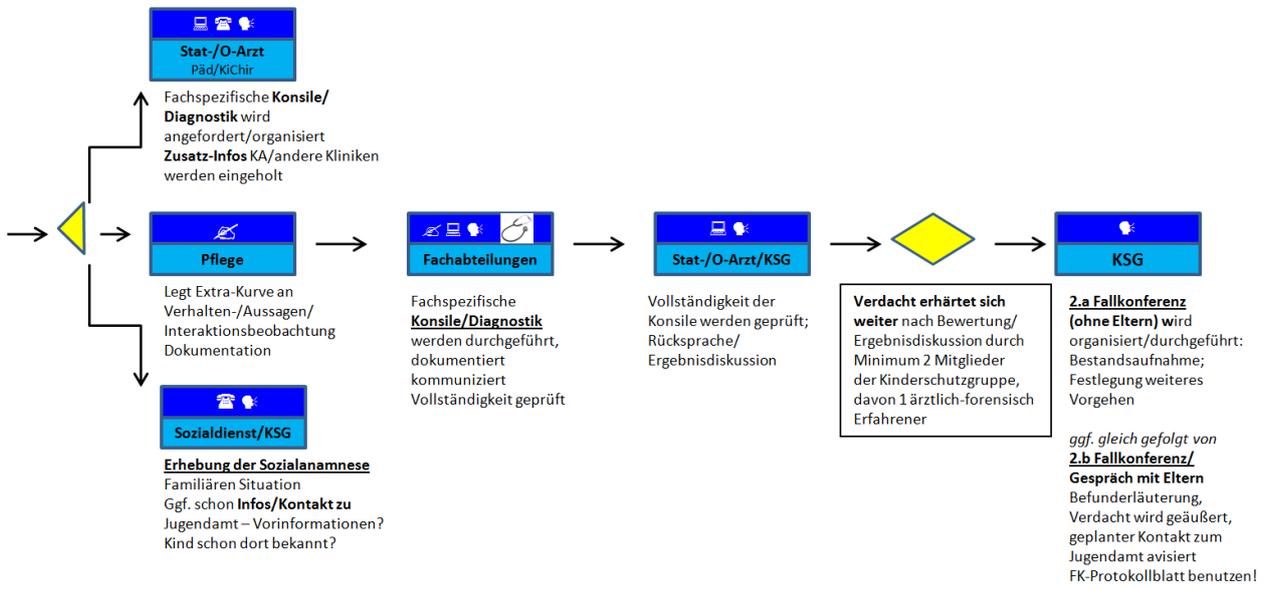
4 – 24 h



Klinischer Pfad Kindeswohlgefährdung für Kinderschutzgruppen | modifiziert nach I.Franke Bonn | © copyleft Kinderschutzgruppe Bonn 2



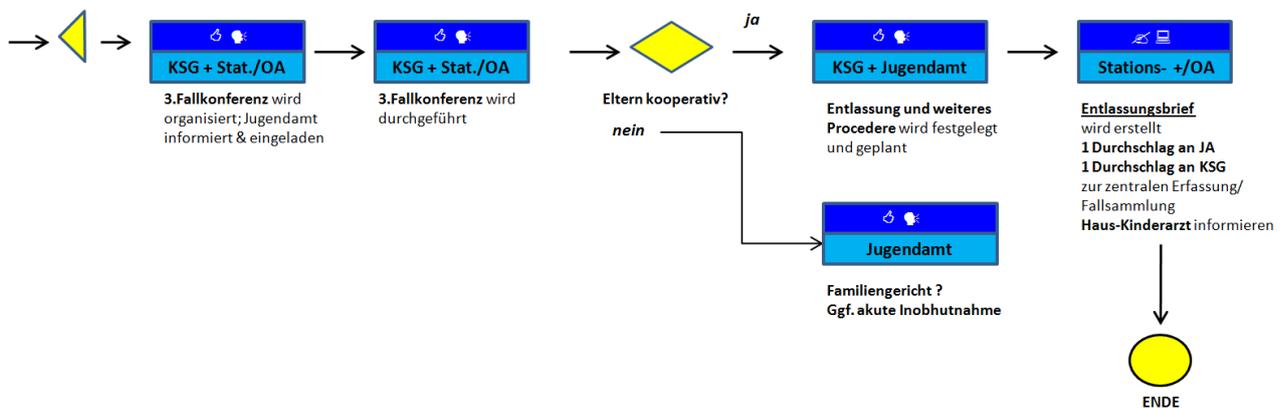
2. – 4. Tag



Klinischer Pfad Kindeswohlgefährdung für Kinderschutzgruppen | modifiziert nach I.Franke Bonn | © copyleft Kinderschutzgruppe Bonn 3



5. – 6. Tag



Klinischer Pfad Kindeswohlgefährdung für Kinderschutzgruppen | modifiziert nach I.Franke Bonn | © copyleft Kinderschutzgruppe Bonn 4

Kurz-Protokoll Fallkonferenz **Kindeswohlgefährdung**

Fallkonferenz Nr. _____ am _____

Teilnehmer:

- Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager“)
- Pflege: Stationsarzt/Ärztin: Stations-OA:
- Sozialdienst Psychologe/in: Sonstige:
- Sonstige Kinderschutzgruppe:
- Jugendamt (s.u.)

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____ Station _____

Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

- AHG Röntgen-Skelettscreening MRT CT
- Labor
- Sonstige

Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

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

Psychologische Einschätzung:

Jugendamt:

Zuständig: _____ Tel. _____
Einschätzung/Procedere:

Gesamteinschätzung:

Procedere:

Offene Aufgaben (wer macht was?)

S.26-37 als bearbeitbare Word Datei zur Eigenverwendung bei der DGKiM bzw. DAKJ verfügbar (11/2016)!

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Name, Vorname Ambulant

1. Vorstellung am _____ um _____ Uhr, Ort: _____

Anwesend (außer dem Kind): Vater Mutter Andere: _____
 Anlass (Stichworte; ausführlichs. 3): _____

Kinder-/Hausarzt: _____ Tel: _____

Wer ist bislang involviert/zuständig: Niemand

Jugendamt: _____ Tel: _____
 Beratungsstelle: _____ Tel: _____
 Kripo: _____ Tel: _____
 Sonst. (Familienhilfe o.ä.): _____

2. Orientierende Sozialanamnese (ausführliche Anamnese später durch Sozialdienst/Psychologe)

Eltern leben zusammen Eltern leben getrennt Sorgerecht: _____
 Eltern sind geschieden (seit: _____) Neuer Lebenspartner
 Alter der Eltern: Mutter: _____ Jahre, Vater: _____ Jahre
 Beruf Mutter: _____ Aktuell berufstätig: Nein Ja: _____
 Beruf Vater/Partner: _____ Aktuell berufstätig: Nein Ja: _____
 Geschwister: (leben in der Familie Ja Nein); Erkrankungen
 1. m/w ____J. _____ 4. m/w ____J. _____
 2. m/w ____J. _____ 5. m/w ____J. _____
 3. m/w ____J. _____ 6. m/w ____J. _____
 Bekannte familiäre Konflikte, Belastungssituationen: Nein Ja:

3. Familienanamnese

Bekannte Erkrankungen:
 Mutter: _____ Vater: _____
 Sonstige Familie: _____

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?
 Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/ anderen weiblichen Verwandten?
 Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten?
 Bekannte Knochenerkrankungen oder -deformitäten?
 Vermehrte Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit?
 Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

4. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen:

Schwangerschaft: unauffällig auffällig: _____
 Neugeborenenperiode: unauffällig auffällig: _____
 Nahrungsunverträglichkeiten: Nein Ja: _____
 Allergien: Nein Ja: _____

Chronische Erkrankungen

Entwicklungsstörungen/Behinderungen

Gedeihstörungen Erbrechen Harnwegsinfektionen
 Apnoen (ALTE) Krampfanfälle Verstopfung
 Verletzung der anogenitalen Region Vaginale Blutung
 Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen
 Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

Neigung, ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?
 Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?
 Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen? Vitamin-K-Gabe erfolgt?
 Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen?
 Phyto-dermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak?
 Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau)?
 Chemische Irritantien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel?

Medikamenteneinnahme: Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulanzen?

(Dauer-) Medikamente/Dosis: _____

Andere Therapien (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

Geht in Kindergarten: _____ Schule _____ Klasse: _____

Gelbes Vorsorgeheft liegt vor: Unauffällig Auffällig:

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: _____ Häufiger Arztwechsel _____ -mal
 Neugeborenen-Stoffwechselscreening erfolgt: Ja Nein Nicht ersichtlich – klären!

Gedeihen/Perzentilenverlauf Unauffällig Auffällig:

Impfstatus liegt vor: Impfstatus vollständig unvollständig

Anamnese S. 3 _____, geb. am _____

5. Anamnese des aktuellen Geschehens:

Geschildert von: _____
(möglichst genauen Wortlaut notieren & in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände)

Dabei anwesend: Kind Vater Mutter Andere: _____

Dabei beachten:

1. Verletzungsumstände? Anwesende? Aufsicht? Beobachter?

2. Vorausgehendes Ereignis? Fütterfrust? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten?

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

Evtl. Skizze vom Geschehensort:

Schilderung vom Kind selbst:
(möglichst genauen Wortlaut notieren & in Klammern mögliche Gefühlsregung):
Dabei anwesend: nur Kind selbst Vater Mutter Arzt/Ärztin* Pflege* Andere*

*Namen notieren _____

In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:
 Nein Ja: _____

6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese**Allgemeine Anamnese**

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

Bei Jugendlichen zusätzlich

- Menarche: _____
- Menstruation: _____
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gyn. Untersuchungen
- Antikonzeption? Methode?

- Sexuell übertragene Infektionen

- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

7. Verhaltensanamnese**Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:**

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

- Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten

- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichts-Zu-/abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten Einkoten

- Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten, ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener anderer Kinder von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder „spielt“ Geschlechtsverkehr

- Suizidversuche Delinquentes Verhalten Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause Prostitution

Sonstiges: _____

Extra-Verhaltensfragebogen bei V.a. sexuellen Missbrauch

Strukturierter Anamnesefragebogen*

Patient/in: _____ geb. am _____ Alter: _____ Jahre Station: _____
 Untersucher/-in: _____ noch anwesend: _____
 Gespräch mit: _____ am _____ Ort _____

Haben Sie jemals eine der folgenden Auffälligkeiten bei Ihrem Kind bemerkt?

- 1. Häufige Kopfschmerzen
- 2. Häufige Bauchschmerzen
- 3. Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen?
- 4. Weint leicht
- 5. Konzentrationsstörungen
- 6. Einschlafstörungen
- 7. Vermehrte (und ungewöhnliche) Müdigkeit
- 8. Alpträume
- 9. Angst, alleingelassen zu werden
- 10. Angst, mit einer bestimmten Person allein gelassen zu werden
- 11. Angst vor Männern
- 12. Plötzlicher Wandel zu „Super-/Modell-Kind“
- 13. Verhält sich ungewöhnlich reif oder erwachsen
- 14. Plötzlicher Rückzug
- 15. Ungewöhnlich besorgt/fixiert auf den eigenen Körper
- 16. Weigert sich, im Sportunterricht sich auszuziehen
- 17. Angst vorm Duschen oder Badezimmer
- 18. Rückzug von Sportunterricht oder anderen Schulaktivitäten
- 19. Plötzlicher Abfall der Schulleistung
- 20. Weiß mehr über Sexualität und sexuelle Verhaltensweisen als altersangemessen
- 21. Ungewöhnlich neugierig oder interessiert an sexuellen Dingen/Geschlechtsorganen
- 22. Ungewöhnlich aggressiv gegenüber Spielkameraden oder Geschlechtsbereich von Puppen
- 23. Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtssteilen
- 24. Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Klassenkameraden, Lehrer oder anderen Erwachsenen
- 25. Nächtliches Einnässen (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 26. Einnässen tagsüber (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 27. Häufige Verstopfung
- 28. Verletzung der anogenitalen Region in der Vorgeschichte
- 29. Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30. Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31. Hygiene? Wäsche? Seifen, Kosmetika?
- 32. (Häufige) Harnwegsinfektionen



*CAVE: Nichtevaluierter orientierender Fragebogen! Aus der Anzahl positiver Items kann nicht die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs gestellt werden! Bei Häufung ca. > 5 ist weitere kinderpsychologische Klärung erforderlich.

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Untersuchung

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
Name, Vorname Ambulant

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

2. **Ernährungszustand:** gut dystroph adipös
KG: _____ kg (_____, Perzentile = _____ SD) KL: _____ cm (_____, Perzentile = _____ SD)
KU: _____ cm (_____, Perzentile = _____ SD) BMI: _____ kg/m² (_____, Perzentile = _____ SD)

3. **Pflegezustand:** gepflegt ungepflegt: _____

4. Allgemein-internistische Untersuchung:

- a) **Kardiopulmonal** unauffällig auffällig: _____
b) **Abdomen** weich Resistenz Darmgeräusche: regelrecht ↑ ↓
 keine Druckdolenz Druckdolenz im _____
c) **HNO-Bereich** o.B. auffällig: _____
 Gaumen / Mundhöhle reizlos
 Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) _____
 Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: _____
 Zahnstatus: unauffällig Karies? Trauma? _____

5. **Hämatome/Narben:** Nein

(Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren / Hals / Oberschenkel / Arme / Gesäß; Formung, Ligaturen?)

Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe beschreiben!

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Skizze in Körperschema (immer!!) Fotodokumentation mit Messhilfe/Winkellineal

6. **Verbrennungen/Verbrühungen:** Nein

Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke

⇒ Akute/frische Verbrennung Narben

⇒ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

7. **Äußerliche Hinweise auf Frakturen:**

Nein Ja: _____

Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

Untersuchung S. 2 _____, geb. am _____

8. Anogenitale Untersuchung:

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

Pubertätsstadium (nach Tanner): P ___ B ___ G ___

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise: Nein
 Ja (dann weiter unten)

Weitere Untersuchung:

- Entfällt, da keinerlei Hinweise auf anogenitale Verletzung / Misshandlung
- Auf später verschoben, da derzeit wegen eingeschränkter Kooperation nicht durchführbar
- Extra kindergynäkologischer bzw. Forensikbogen akuter sexueller Übergriff ausgefüllt

Mädchen

Ausfluss Nein Ja: _____
 Farbe / Geruch/Konsistenz _____

Hämatom der großen Schamlippen Nein Ja: _____
 Hämatom der kleinen Schamlippen Nein Ja: _____

Hymen anulär semilunär fimbrienförmig/wulstig kragenförmig nicht entfaltet
 Glattrandiger Hymenalsaum verletzt: eingekerbt bei ___ Uhr in Rückenlage zu ___ % _____

Ort / Art der Verletzung

Vestibulum vaginae reizlos gerötet
 Fossa navicularis unauffällig Verletzung: _____
 Perineum unauffällig Verletzung/Narbe: _____

Akute Blutung/Verletzung Nein Ja: _____

Ort / Stärke

Sonstiges / Besonderheiten _____

Jungen

Hämatom am Scrotum Nein Ja: _____

Hämatom am Penis Nein Ja: _____

Akute Verletzung/Ligatur/Narbe Nein Ja: _____

Sonstiges / Besonderheiten _____

Anus

Hämatom Nein Ja: _____

Narbe Nein Ja: _____

Fältelung: Unauffällig Vermindert: _____

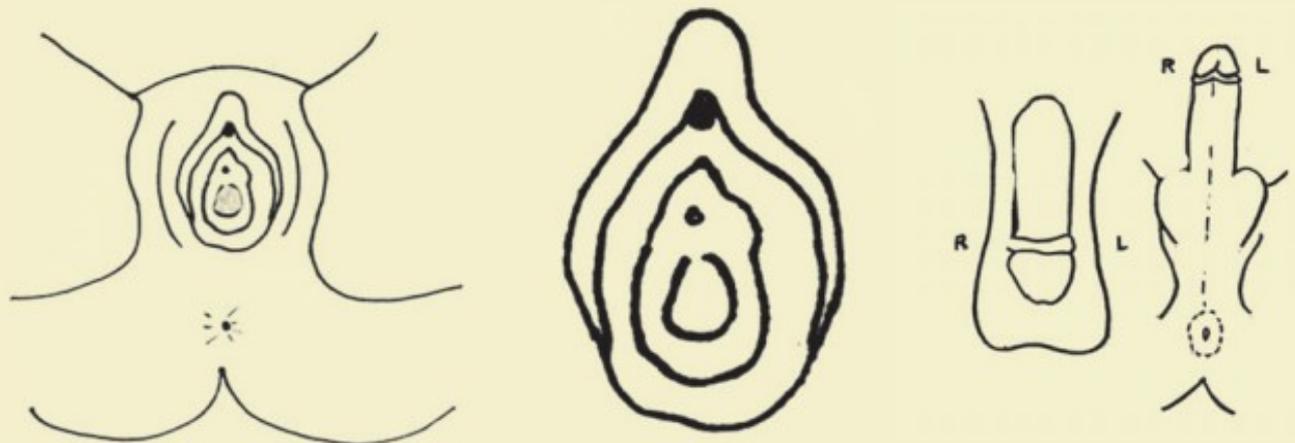
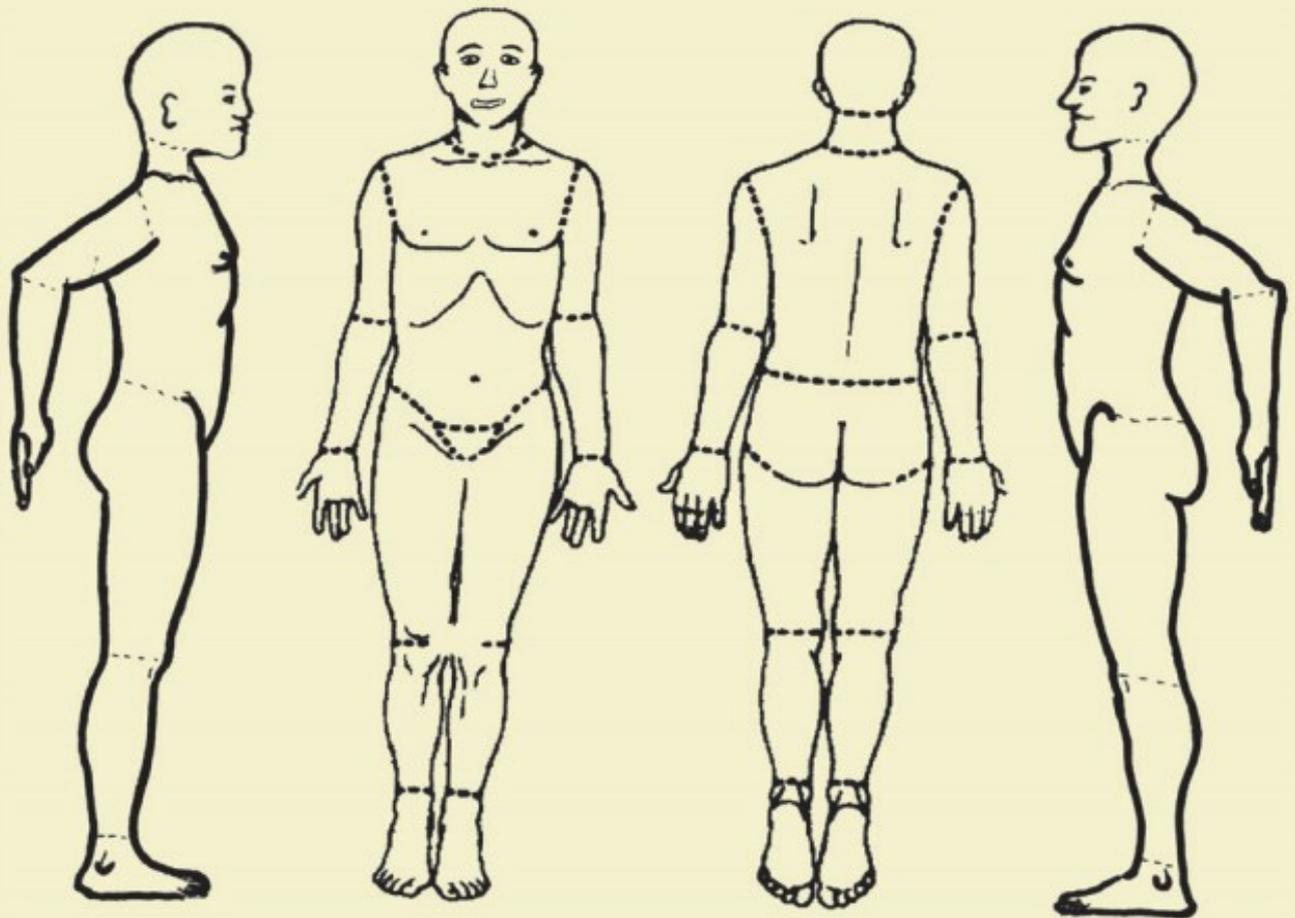
Akute Blutung Nein Ja: _____

Akute Verletzung Nein Ja: _____

Sonstiges / Besonderheiten _____

Anhang: Skizzen

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



Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere

_____, geb. am _____ Alter: _____ m/w Station: _____
 Name, Vorname Ambulant

Diagnostik:

Röntgen

- Skelettscreening*
- Skelettszinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P, CK-MB
- γ -GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase, Troponin
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, Faktor XIII
- Urinstatus
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)

Augenhintergrund

Obligat unter 2-3 Jahren!
 Möglichst durch Augenarzt!
 Akut undilatiert, immer Kontrolle in
 Mydriasis, wenn Patient stabil

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT (bei STS mit HWS!)

Nur gezielt:

- Kupfer/Coeruloplasmin, PTH, Vitamin-D-Metabolite
- HSV Mykoplasmen TPHA
- organische Säuren i. Urin

* Skelettscreening

⇒ Alle Extremitäten, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule, Schädel 2 Ebenen; **KEIN (!) Babygramm**

Kindergynäkologischer Status

- ⇒ Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden
- ⇒ Später vorgesehen Erfolgt, Wertung: _____
- ⇒ Nicht indiziert

Weiteres Procedere

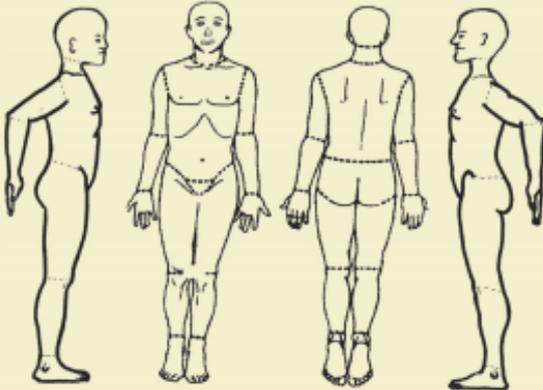
- Stationäre Aufnahme, Station:
- Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!) erfolgt: _____
- Kindergynäkologischer Status
- Fotodokumentation (+ Skizze!)
- Ambulant möglich (*Ausnahme!*), weil:
- Info Kinderschutzgruppe/Sozialdienst im Hause
- Info Jugendamt/Ansprechpartner
- Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken

 Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
 (immer auch in Druckschrift + Tel./Funk)

Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen

bei V.a. nichtakzidentellen Unfallmechanismus (Kurzfassung, z. B. für Nachtdienst)

Name: _____, geb. am _____ Aufnahme/Untersuchung am: ____ um ____ h
 anwesend: _____ Untersucher/in: _____



● **Unfall-/Verbrennungshergang** (Stichworte):

● **V.a. nichtakzidentellen Mechanismus?**

- Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. hinten gesondert erläutern)
- Multiple Hämatome
 - + verschiedene Farben (CAVE: Lokalisation)
 - + ungewöhnliche Lokalisation
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung (»Handschuh-/Strumpfmuster«, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung: (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

Sonstiges:

- Hämatomfarbe und Maße angeben!
- Verbrennungsgrad angeben!
- Verbrannte Oberfläche abschätzen:
 ____ % (____-gradig)

● **Allgemeiner Zustand/Vigilanz** ggf. Glasgow Coma Scale:

- V.a. Gedeih-/ Entwicklungsstörung? V.a. Vernachlässigung? Ungepflegt?

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

- **Kindergynäkologischer Status** (Extra Schema verwenden) Später vorgesehen Erfolgt, Wertung:

● **Vorgesehene Diagnostik:**

Röntgen

- Skelettscreening
- Skelettszinti (nur komplementär)
- Sonstige:

Sono

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P, CK-MB
- y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase, Troponin
- Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, Faktor XIII
- Urinstatus Drogenscreening

Augenhintergrund

Zerebrale Bildgebung

- CCT
- MRT (mit HWS bei STS!)

- Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen, PTH, Vitamin-D-Metabolite
- organische Säuren i. Urin

● **Procedere**

<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme, Station:.....	<input type="checkbox"/> Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
<input type="checkbox"/> Ambulant möglich (Ausnahme!) weil:	
<input type="checkbox"/> Kindergynäkologischer Status	<input type="checkbox"/> Info Sozialdienst/Kinderschutz im Hause
<input type="checkbox"/> Fotodokumentation (+ Skizzel)	<input type="checkbox"/> Info Jugendamt Ansprechpartner:
<input type="checkbox"/> Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	

Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin (Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit)

Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund (Kurzfassung, z. B. für Nachtdienst)

V.a. Missbrauch bei Jungen Untersuchung am: _____, _____ Uhr, Ort: _____
 Name: _____, geb. am _____ Assistenz: _____
 Anforderung am: _____ Anwesend: _____
 durch: _____ Bild-Dokumentation: _____

ANAMNESE (ggf. auf Rückseite ausführen):

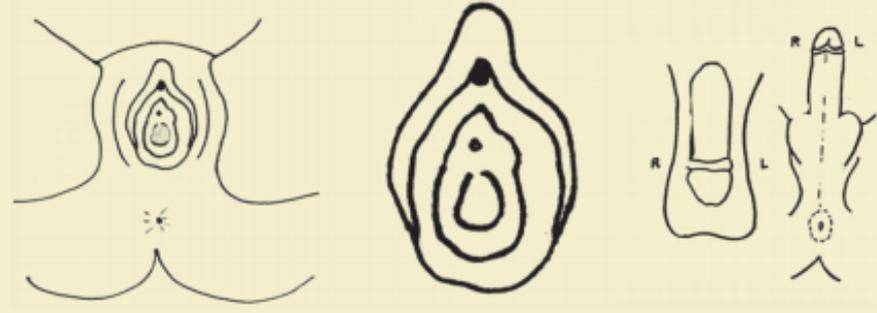
Menarche: Nein Ja: Blutungen: Nein Ja: Fluor: Nein Ja:
 Sonstiges: _____
 Strukturierter Verhaltensfragebogen: Unauffällig __ Auffälligkeiten (von __ Items)
 Verhalten bei Untersuchung: kooperativ schüchtern ängstlich widerstrebend lehnt ab

KÖRPERLICHER BEFUND Unauffällig Nebenbefund:

Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G

GENITALER BEFUND Inspektion Separation Traktion Knie-Brust-Lage Kolposkop

Äußeres Genitale	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Labia majora/minora/Klitoris	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Vestibulum vaginae	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Fossa navicularis	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	Flour: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Perineum, Commissura post.	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffällig:	
Hymenkonfiguration	<input type="checkbox"/> Semilunär <input type="checkbox"/> Anulär <input type="checkbox"/> Wulstig, östrogenisiert <input type="checkbox"/> Variante:	
Hymen-Entfaltung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bei <input type="checkbox"/> Inspektion <input type="checkbox"/> Separation <input type="checkbox"/> Traktion <input type="checkbox"/> Knie-Brust-Lage <input type="checkbox"/> Q-Tip <input type="checkbox"/> Wasser	
Posteriorer Randsaum	<input type="checkbox"/> Glattrandig <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar <input type="checkbox"/> Sonstiges	
	<input type="checkbox"/> Pathologisch (spezifizieren):	



ANALER BEFUND Dilatation Normal Fissuren Fältelung

DIAGNOSTIK Durchgeführt Nicht indiziert

Abstriche (Mikrobiologische)	Nativer Ausstrich:
vaginal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*	Serologie:
<input type="checkbox"/> Entnahme Vestibulum <input type="checkbox"/> Entnahme intravaginal	<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> Hep.B <input type="checkbox"/> HIV
anal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*	Bakteriologie <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> pharyngeal
pharyngeal <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Forensik/DNA*	
Sonografie:	<input type="checkbox"/> Extra-Forensikbogen ausgefüllt

BEWERTUNG Befundklasse:

Bemerkung/Fazit *Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!*
 EMPFEHLUNGEN Prophylaxen nicht erforderlich Indiziert*: Sex. übertragene Infektionen
 Notfallkontrazeption
 Jugendamt Beratungsstelle: Psychotherapie Wiedervorstellung/Kontrolle am: _____
 Sonstiges: _____

Datum _____ untersuchender Arzt/Ärztin _____ * Extra dokumentieren!
 Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit _____

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

(bei Kindern immer bis 24 Stunden, bei Jugendlichen bis 48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen)

PERSONALIEN

Name: _____ geb: _____
Anforderung am: _____
durch: _____

UNTERSUCHUNG am: _____, _____ Uhr, Ort: _____

Assistenz: _____
Anwesend: _____
Bild-Dokumentation: _____

Anamnese gesondert aufführen!

Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation!

Befunde im Kinder-/Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren!

Extragenitaler Untersuchungsbefund:

Verletzungen Ja Nein

Verletzungen auf Dokubogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind:

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

Hämatome Bissmarken an »erogenen Zonen« (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß)

Hämatome Ligaturen Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion

Petechien: Skleren, weicher Gaumen Einrisse labiales Frenulum

Forensische Abstriche

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

Abstriche

Vulva Oberschenkel Unterbauch perianal perioral Sonstige _____

intravaginal: Fossa navicularis retrohymenal

Mundhöhle

Vaginalsekret mit NaCl auf Objektträger für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien

Positiv Negativ Mikroskopiert durch: _____

Fremde (Scham-)Haare gesichert Pubes ausgekämmt (Umschlag)

von: _____ (Körperstelle/n)

Fingernagelränder (rechte und linke Hand getrennt) abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)

Bekleidung gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!)

Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik – Ausgangsstatus entnommen

Prophylaxen für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt Nicht indiziert

HIV PEP angesprochen (für beides siehe »Prophylaxen«)

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

Datum

untersuchender Arzt/Ärztin

Zeuge/-in der Untersuchung

Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

Entgegennahmebestätigung forensischen Materials

(zur Aufrechterhaltung einer Beweiskette im Falle positiver Befunde)

Folgendes Material des Patienten

Station _____ /Ambulanz _____,

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

_____ vaginale Bakteriologie auf GO, Bakterien und Gardnerella

_____ anale Bakteriologie auf GO

_____ anale Bakteriologie auf Chlamydien

_____ vaginaler Chlamydien Abstrich

_____ vaginales Spülaspirat auf Chlamydien PCR

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

_____ pharyngeale Bakteriologie auf GO

_____ pharyngeale Bakteriologie auf Chlamydien

_____ Spontanurin zum Chlamydiennachweis per PCR

Transportkette:

O.g. Untersuchungsmaterial wurde

vom Patienten entnommen von _____

am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Übergeben zum Transport/Laborgang an _____

am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Übergeben Labor Kripo an _____

am _____ um _____

Name in Druckschrift, Unterschrift

Vielen Dank !

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Gerinnungsanamnese bei Kindern

Geplante Operation:

Geb.

Station

Eigenanamnese des Kindes

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Treten bei Ihrem Kind vermehrt „ blaue Flecken “ auf, auch am Körperstamm oder ungewöhnlichen Stellen ?
Wenn ja: <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> nach Stoß oder Verletzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde Ihr Kind schon einmal operiert ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kam es während oder nach einer Operation zu einer längeren oder verstärkten Nachblutung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kam es im Zahnwechsel oder nach dem Ziehen von Zähnen zu längerem oder verstärktem Nachbluten ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder Blutprodukte übertragen bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel , z. B. Aspirin, ASS, Ibuprofen oder andere Medikamente bekommen?
Wenn ja, welche? _____ Wann zuletzt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienanamnese, getrennt für Vater und Mutter kennzeichnen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnittwunden (Rasieren) nachblutet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Gab es in der Vorgeschichte längere oder verstärkte Nachblutungen nach Operationen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gab es längere oder verstärkte Nachblutungen nach oder während des Ziehens von Zähnen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gab es in der Vorgeschichte Operationen, bei denen Sie Blutkonserven oder Blutprodukte erhalten haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt es oder gab es in Ihrer Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusatzfragen an die Mutter

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verlängert oder verstärkt ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kam es bei oder nach der Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum _____

Stationsarzt/-ärztin _____

Eltern _____

Falls Gerinnungsanamnese positiv, folgende Diagnostik abnehmen:

Thrombozyten, Quick, PTT, Fibrinogen, von Willebrand Ag und CoFaktor, Faktor XIII, Blutungszeit in vitro (PFA 100)

Diagnostik erfolgt. Unterschrift: _____

ANHANG: Prophylaxen nach akutem sexuellem Übergriff

Indikationen genauestens beachten und überprüfen! Nie schematisch als Routine durchführen!!
Zuvor Diagnostik gemäß kinder-/jugendgynäkologischem- bzw. Forensikbogen !

<p>STD-Screening (Abkürzungen s.u.)</p> <p>Ausgangsbefunde + Kontrollen nach 4 Wochen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gonokokken (C/V,A,P) - Kultur • Chlamydien (C/V,A) - PCR • Trichomonaden (V) - NM • Lues (S) • Hepatitis B/C (S) • HIV (S) - Kontrollen nach 6, 12 Monaten <p>STD-Prophylaxe (simultan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg Ceftriaxon i.m./i.v. • 2 g Metronidazol p.o. • 1g Azithromycin p.o. • aktive Hepatitis B Impfung (Ungeimpfte) 	<p>Notfallkontrazeption*/Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • β-HCG im Urin (vor Notfallkontrazeption, Ausgangsbefund) <p><u>So schnell wie möglich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 mg Ulipristalacetat (<i>ella-One</i>®) p.o. Zulassung bis 120h postkoital; <u>neuer Standard!</u> Wirksamkeit 75-84% • 1,5 mg Levonorgestrel (<i>PiDaNa</i>®) p.o. bis 72h postkoital, <i>alter Standard!</i> Wirksamkeit 52-69% • Kupfer IUD (Spirale danach"; <i>Gynefix</i>®) Wirksamkeit 99%; eher Ausnahme bei Älteren <p><small>*Lit: Berufsverband Frauenärzte, Frauenarzt 54(2013):108-114</small></p>
<p>Mögliche HIV-PEP (lt. DAIG 2013)</p> <p><i>Immer Rücksprache pädiatrisches HIV-Zentrum!**</i> Strenge Indikation! Möglichst < 1. Std., max. bis < 72 h</p> <p style="text-align: center;">Raltegravir + Tenofovir-DF/Emtricitabin (Isentress®)+ (Truvada®)</p> <p>Dosierungen: Isentress® 400 mg 1 – 0 – 1 Truvada® 245/200 mg 1 – 0 – 0</p> <p>Dauer 4 Wochen. Entsprechende serologische und begleitende Laborkontrollen (BB, Leber-, Nierenwerte)</p>	<p>Mögliche Alternativen</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu Isentress®: Kaletra® (Lopinavir/Ritonavir), - zu Truvada®: Combivir® (Zidovudin/Lamivudin) <p><u>Dosierungen:</u> Kaletra® 200/ 50 mg 2 – 0 – 2 Combivir® 300/150 mg 1 – 0 – 1</p>

** www.kinder-aids.de/zentren.htm

Abkürzungen:

C=Cervixabstrich (nur bei Adoleszenten – präpubertär kontraindiziert!), **V**=Vaginalwand retrohymenal, **A**=Anal, **P**=Pharyngeal, **S**=Serologie, **NM**=Nativ-Mikroskopie
STD=sexually transmitted disease, Geschlechtskrankheit, **HIV-PEP**=HIV Postexpositionsprophylaxe

*** HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) – ja oder nein ?**

- Zunehmende Verfügbarkeit effektiver und relativ gut verträglicher PEP
- Unklar, ob daraus großzügigere Indikation zu PEP nach akuter Vergewaltigung gezogen werden muss
- Bislang keine generelle Empfehlung, keine Richtlinien, sehr unterschiedliche Handhabung
- Sollte nach akuter Tat immer thematisiert und darüber beraten werden
- Höchste Effektivität bei Beginn nach 1 h, spätestens bis 72 h
- Falls Entscheidung dafür, immer Rücksprache mit einem pädiatrischen HIV Zentrum (Adressen unter www.kinder-aids.de/zentren.htm)
- Evtl. primär beginnen und nach negativer Testung Täter beenden?
- Follow up sichern, „Informed consent“

Vorgehen bei Condylomata acuminata („Feigwarzen“)

Hintergrund: Condylomata acuminata zählen zu den durch **Humane Papillom Viren (HPV)** übertragenen sexuell übertragenen Erkrankungen bei Erwachsenen. Dabei liegen im Genitalbereich meist die HPV-Subtypen 6,11,18, seltener 16,31,33,55 vor. HPV kann jedoch auch die „normalen“ Warzen an Händen, Füßen etc. hervorrufen (dann meist HPV Typ 1, 2, 3, 4). *Beide* Arten können bei Kindern anogenital auftreten und sind ein **möglicher** aber unsicherer und vermutlich seltener Hinweis auf sexuellen Missbrauch. Die Mehrzahl der Infektionen scheint nicht sexuell übertragen zu sein. **Inkubationszeit** 1-20 Monate, nach perinataler Transmission ist das Auftreten der Kondylome bis zu 2-3 Jahre später beschrieben worden. Über 3-5 Jahre Lebensalter steigt die Möglichkeit eines sexuellen Missbrauchs, Ausnahme Autoinokulation. CAVE bei nichtgenitalen Subtypen: diese könne auch von den Händen eines Täters/Täterin stammen! In vielen Fällen findet sich trotz u.g. Screening kein gesicherter Übertragungsweg.

CAVE: Condylomata acuminata können in Einzelfällen bei Kindern sexuell übertragen sein, in der Mehrzahl der Fälle liegt aber kein sexueller Missbrauch vor!

Transmission: genital->anogenital (=Missbrauch), digital->anogenital (Pflegehandhabung oder Autoinokulation oder Missbrauch), perinatal (durch mütterliche Geburtswege; Mütter können asymptomatisch infiziert sein).

Procedere

Alle Kinder mit anogenitalen Warzen erhalten ein Screening mit:

- **kinder-/jugendgynäkologische Untersuchung** durch Erfahrenen mit Frage auf missbrauchshinweisende Befunde
- ein **Screening** auf evtl. koexistierende sexuell übertragene Erkrankungen - **s.u.**
- eine **Befragung** der Hauptbezugsperson (meist Mutter) mittels strukturiertem Verhaltensfragebogen;
- **Verhaltensbeobachtungen** der betreuenden Schwester/Pfleger
- evtl. eine eigene vorsichtige Befragung nach inadäquaten Berührungen im Genitalbereich
- **Keine routinemäßige Typisierung** der Kondylome !

Abstriche:

Möglichst intraoperativ zusammen mit kindergynäkologischer Untersuchung und Fotodokumentation

(Gemeinsame PCR für Chlamydien und Gonokokken: **Xpert® CT/NG**)

- **Gonokokken** vaginal, anal, pharyngeal
- **Chlamydien** vaginal (z.B. aus Vaginalspülsekret oder Urin)
- **(TPHA im Serum)**
- Nativmikroskopie auf **Trichomonaden**

Verhaltensbeurteilung, Verhaltensauffälligkeiten?

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Pflegerische Dokumentation 1

Basisdokumentation

Wichtig

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

Geb. _____

Station _____

Genauere Dokumentation in separatem Ordner:

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

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

- Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
 _____ ggf. auf separatem Bogen
- **Verhalten des Kindes** gegenüber Pflegepersonal? (ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)

- Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen Patienten? _____

- Wie formuliert das Kind diverse **Tätigkeiten und Begriffe** (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien) _____

Jeweils auf Extrabogen dokumentieren:

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

Absprachen mit der Kinderschutzgruppe und dem Jugendamt beachten!

* Mit „Kind“ sind im Folgenden auch immer Jugendliche einbezogen.

** Mit „zuständigem Arzt“ ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint.

Pflegerische Dokumentation 2

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Besucherverzeichnis

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

Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

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

Patientenetikett:



EINWILLIGUNG ZUR SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich die unser o.g. Kind behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Klinik
.....von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt

Gleichzeitig entbinde ich das Jugendamt von ihrer Schweigepflicht gegenüber den behandelnden
Ärztinnen und Ärzten der Klinik.

Wir können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Ort und Datum
Sorgeberechtigten

.....
Unterschriften der

Klinik für	SOP Arztbrief Kindesmisshandlung	<i>Ggf. Logo</i>
-----------------	---	------------------

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

Anamnese:

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

Die Anamnese soll den präzisen Ablauf des angegebenen Geschehens wiedergeben:

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

Untersuchung:

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

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

- **Pflegezustand**, ggf. Zustand der Kleidung.
- Angaben zur **Zahl, Art und Lokalisation** der Verletzungen.
- **Verletzungen immer präzise und einzeln beschreiben, also nicht:** „*Multiple Hämatome am Rücken*“ sondern z.B. „...*ein 3 x 4 cm messendes, ovalär geformtes und unregelmäßig begrenztes*“

Hämatom von bläulicher Farbe mit gelblichen Anteilen Oberseite des linken Unterarmes; 2 rundliche, rötlich-blaue, 1 cm durchmessende Hämatome Innenseite des rechten Oberarmes..“, etc.

- **Gewicht/Länge mit Perzentilen!**
- Ggf. grobe Einschätzung des Entwicklungsstandes.
- Ort und Zeitpunkt (Tag, Uhrzeit) einer angefertigten **Fotodokumentation**, Zahl der angefertigten Abbildungen

Diagnostik

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

Therapie & Verlauf

Formulierungsbeispiele (siehe auch unten rechtsmedizinische Vorlage):

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

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

Zusammenfassende Bewertung

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

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

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

oder

„Aufgrund nicht klärbarer Entstehung der beschriebenen Verletzungen unter der Verantwortung und Aufsicht der Eltern sehen wir bei Verbleib des Kindes in der elterlichen Obhut eine fortbestehende erhebliche Kindeswohlgefährdung und Gefahr für die künftige physische und seelische Gesundheit und Entwicklung des Kindes gegeben.“

(SOP der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Kassel; B.Herrmann)

Alternative, beispielhafte Vorlage von der Rechtsmedizin*:

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

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

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

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

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

Mitteilungsbogen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt

der Stadt _____ Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)
 des Landkreises _____ Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)
 Sonstiges Jugendamt: _____ Fax-Nr.: _____ (vom JA noch anzugeben!)

Name, Vorname:		Geb.datum:	Alter:
Wohnort:	Str./Hausnr.:		Tel:
Meldung am:	Uhrzeit:	Sonstiges:	

Meldung einer KWG durch (Klinik für:) _____

Name: _____ Funktion: _____ Abteilung: _____
 Vertreter der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Adresse: _____, Telefon: _____
 Durchwahl: _____ - _____ Mail: _____ @ _____ Fax _____

Inhalt der Meldung

V.a. körperliche Misshandlung V.a. sexuellen Missbrauch V.a. Vernachlässigung
 V.a. sonstige KWG Neugeborenes drogen-/alkoholabhängiger/ substituierter Mutter

=> Freitext: Verdachtsdiagnose, vorliegende Verletzungen

Der/die Minderjährige ist
 nicht oder leicht verletzt schwerwiegend verletzt/gesundheitlich gefährdet vital bedroht
Verdachtsgrad: vage mittel hochgradig

Gegenwärtiger Aufenthaltsort des Minderjährigen
 stationäre Aufnahme in der Klinik Sonstiger Ort: _____
 Abteilung/Klinik: _____ Station: _____ Telefon: _____ - _____

Kooperation der Erziehungsberechtigten mit der Meldeperson/ bzw. der Klinik
 Meldung an das Jugendamt ist mit den Sorgeberechtigten abgesprochen? Ja Nein
 Die Sorgeberechtigten sind mit der Meldung einverstanden und zur Zusammenarbeit mit dem ASD/JA bereit Ja Nein
 Die Meldung erfolgt aufgrund akuter Gefährdung des Kindes/Jugendlichen und:
 gegen Willen der Sorgeberechtigten
 ohne Kenntnis der Sorgeberechtigten
 Es liegen Hinweise für häusliche Gewalt/psychische Erkrankungen/ Suchtproblematik oder fehlende Sicherheit im familiären Umfeld vor, sodass eine Entlassung ohne die Zustimmung des JA nicht möglich ist.
 Wir bitten um persönliche Kontaktaufnahme mit der/ dem Jugendlichen zur Einschätzung der Situation

Vorgesehene Maßnahmen aus medizinischer Sicht:

Durchführung weitere Diagnostik Einschaltung/Fallkonferenz Kinderschutzgruppe
 Voraussichtliche Dauer der stationären Versorgung ca. _____ Tage derzeit nicht absehbar

Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden an das Klinikum per dafür vorgesehene Faxvordruck an _____ mit Name des zuständigen Sachbearbeiters, telefonische Erreichbarkeit, Mail/Fax und als nächstes vorgesehene Maßnahmen dringend erbeten.
Mit freundlichen Grüßen!

 Datum, Uhrzeit Unterschrift

Meldebestätigung einer eingegangenen Kindeswohlgefährdung des Jugendamtes an die Klinik

Per Fax an _____

Vertraulich!

= Klinik für _____

**Mit Bitte an sofortige Weiterleitung an zuständigen der
Kinderschutzgruppe bzw. Dienstarzt**

An

Klinik _____

Interdisziplinäre Kinderschutzgruppe

z.Hd.:

Mitteilung über den Erhalt der Mitteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Name: _____

Geboren: _____

Wohnhaft: _____

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

Name/Abteilung der zuständigen Fachkraft des Jugendamtes:

Telefon: _____ ggf. Mobil: _____

Ggf. E-Mail: _____

Nächste vorgesehene Maßnahme:

Ort, Datum Unterschrift, Stempel

Anfrage an das Jugendamt bei Beratungs-/Unterstützungsbedarf

der Stadt - _____ des Landkreises - _____ Sonstiges JA _____

Anfrage durch (Klinik)

Name: _____ Funktion: _____ Abteilung: _____

Vertreter der interdisziplinären Kinderschutzgruppe

Adresse: - _____, Telefon: - _____

Durchwahl: - _____ - _____ Mail: _____ Fax - _____

Angabe zu den Eltern/der Familie:

Name der Eltern: _____

Name des Kindes: _____ Geb.datum: _____ Alter: _____

Wohnhaft: Ort _____ Strasse _____ Tel: _____

Der Beratungs-/Unterstützungsbedarf bezieht sich auf:

- allgemeine Beratung
- Erziehungsprobleme
- Umgang mit dem Kind
- Partnerschaftsprobleme
- Betreuung des Kindes
- Entlastung im Alltag
- Probleme in KiTa, Schule
- Sonstige
- Weitere Informationen:

Gegenwärtiger Aufenthaltsort des Minderjährigen

stationäre Aufnahme im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Zuhause

Abteilung/Klinik: _____ Station: _____ Telefon: _____

Die Anfrage an das Jugendamt ist mit den Sorgeberechtigten abgesprochen?

Ja Nein

Die Sorgeberechtigten sind mit der Meldung einverstanden und zur Zusammenarbeit mit dem ASD/JA bereit Ja Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift/Name _____ (_____)

Literatur & Internet

Erstellung des Leitfadens in Anlehnung an:

Herrmann B et al. (2003-2010) Vorgehen bei Kindesmisshandlung und –vernachlässigung. Konzept & Reader der ärztlichen Kinderschutzambulanz und interdisziplinären Kinderschutzgruppe des Klinikum Kassel. 4. Aufl. Kassel

Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken: Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken. Schweizerische Gesellschaften für: Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder-/Jugendpsychiatrie. Zürich 2005. www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf

Thun-Hohenstein L (2008) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien www.kinderrechte.gv.at/home/upload/10%20news/leitfaden-kinderschutzgruppen-web.pdf

Weitere Literatur zu KSG Arbeit

Cratt A (2007) Working together to protect children: Who should be working with whom? Arch Dis Child 92:571-573

Crocker D (1996) Innovative models for rural child protection teams. Child Abuse Negl 20: 205-211
(Österreichisches) Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002) Leitfaden für Kinderschutzgruppen. Wien

Jud A, Lips U, Landolt MA (2009) Characteristics associated with maltreatment types in children referred to a hospital protection team. Eur J Ped 169: 173-180 **+pdf**

Kitzelmann IA, Feurstein A, Schiemer A, Jäger L, Menz W, Simma B (2007) Vernetzungsarbeit der Kinderschutzgruppe Feldkirch in Vorarlberg, Österreich. Monatsschr Kinderheilkd 155:40–44 **+pdf**

NACHRI (Natl Assoc. for Children´s Hospitals and Related Institutions) (2006) Defining the Children´s Hospital Role in Child Maltreatment. www.childrenshospitals.net (access 30.1.10) **+pdf**

www.childrenshospitals.net/AM/Template.cfm?Section=Child_Abuse_and_Neglect&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=47516

Rovi, S., Ping-Hsin, C., & Johnson, M. (2004). The Economic Burden of Hospitalizations Associated With Child Abuse and Neglect. Am J Public Health: 586-590

Wallace GH, Makoroff KL, Malott HA, Shapiro RA (2007) Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. Child Abuse Negl 31:623-629 **+pdf**

Thun-Hohenstein L (2005) Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich. Wiener Med Wochenschrift 155: 15-16, 365-370

Thun-Hohenstein L (2005) Interdisciplinary child protection team work in a hospital setting. Eur J Ped 165: 402-407

+pdf-Artikel unter www.kindesmisshandlung.de verfügbar

Medizinische Literatur (Weitere **Fachartikel/Leitlinien** online unter => www.kindesmisshandlung.de)

Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2016) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3. Aufl. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, New York.

Jenny C (2011) Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St.Louis.658 S., [ca. 74 €; *neues Standardwerk für med. Diagnostik*]

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

Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis [ca. 80€]; *aktuellste Ressource zu sexuellem Missbrauch*

Finkel MA, Giardino AP (2009) Medical evaluation of child sexual abuse. 3rd edition, American Academy of Pediatrics [ca. 90 €; *Textbuch zu sexuellem Missbrauch*]

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

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

Bilo RAC, Oranje AP, Shwayder T, Hobbs CJ (2013) Cutaneous Manifestations of Child Abuse and their Differential Diagnosis. Springer Verlag, Heidelberg..., [246 S. 115€]

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

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrg, 2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. . [Geschichte, Epidemiologie, Rechtsmedizin, u.a. Aspekte; 233 S. 19.95€]

Kleinman P (Hrg, 2015) Diagnostic Imaging of Child Abuse. 3rd Edition Cambridge University Press, Cambridge, UK 850 S., 211€ [radiologisches Standardwerk!]

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (2014, Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. 506 S. , Kosten: 59,99 €.

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

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

Internet

Medizinische Informationen

Medizinische Website mit Guidelines, Fachartikeln, Dokumentationsbögen, Fortbildung u. a. www.kindesmisshandlung.de

Welsh Child Protection Systematic Review Group
www.core-info.cardiff.ac.uk

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
www.dgkim.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – DgfpI
www.dgfp.de

AWMF Kinderschutzleitlinie 2015-2017
www.kinderschutzleitlinie.de

Kinderschutzgruppe der Universität Bonn
www.kinderschutzgruppe.de

Kinderschutzgruppen in Österreich mit Leitfaden und Dokumentation
www.kinderrechte.gv.at/
www.bmwfj.gv.at/familie/gewalt/seiten/kinderschutzgesundheitsberufen.aspx

Fachgruppe Kinderschutz der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie
www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf

Kinderschutzgruppe Zürich mit Link zu Schweizer Empfehlungen
www.kinderschutzgruppe.ch

Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen (Online Sammlung der Bundesärztekammer)
www.arzt.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true

Nationales Zentrum frühe Hilfen
www.fruehehilfen.de

Hilfeeinrichtungen: Kindesmisshandlung und häusliche Gewalt

(regionales Angebot eruieren, z.B. aus den Gewaltleitfäden für Kinderärzte der Landesärztekammern und Techniker Kasse* und ggf. Adressen hier einfügen:)

Spezialisierte medizinische Angebote mit beratender/ konsiliarischer Funktion: Rechtsmedizin, Kinder-/Jugendpsychiatrie, Kindergynäkologie, Kinderradiologie etc.

Jugendamt

Familiengericht

Beratungsstellen, Kinderschutzbund, Kinderschutzzentren, Frauenhaus,...

Polizei etc.

* Unter www.tk.de „Gewalt gegen Kinder“ in Suchfeld eintippen, öffnet Seite mit den verschiedenen Leitfäden der Bundesländer

* Ebenso sind diese aufgelistet unter:

www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmisshandlung/

Neue OPS Kinderschutz 2013 - Änderung der Kodierrichtlinien

Entnommen und modifiziert nach Vortrag Ingo Franke, Bonn, 16.3.2013, anlässlich:

11.Internationale Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung, Kassel, 15.-16.3.2013

CAVE: Änderung in der aktuellen Kodierrichtlinie 2013

Früher explizit **keine** Kodierung der T.74-Ziffern

1915c Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern

In Fällen von Missbrauch ~~ist/sind die vorliegende(n) Verletzung(en) bzw. psychischen Störungen zu kodieren.~~

Ein Kode der Kategorie **T74.- Missbrauch von Personen** als Ursache der Verletzung(en) oder psychischen Störungen ~~ist nicht anzugeben.~~

Dies gilt auch für die Kodierung beim Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

Ab 2013 Kodierung der T.74-Ziffern gefordert:

1915l Missbrauch/Misshandlung von Erwachsenen und Kindern
In Fällen von Missbrauch/Misshandlung ist/sind die vorliegende(n) Verletzung(en) bzw. psychischen Störungen zu kodieren.
Ein Kode der Kategorie
T74.- *Missbrauch von Personen*
als Ursache der Verletzung(en) oder psychischen Störungen ist nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.
Dies gilt auch für die Kodierung beim Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

mod. nach I.Franke/Kinderschutzgruppe Bonn

Kodierung von Misshandlung im ICD-10

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



Seit 2013: neue Kinderschutz-OPS

1-945 Komplexe Diagnostik zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung

Hinw.: Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung sowie bei Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom [Münchhausen syndrome by proxy] zu kodieren. Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden. Die Kodes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelles Team (Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflege) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie)
 - Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils mindestens 30 Minuten in mindestens 3 Disziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologie und Sozialdienst bzw. solchen mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Rechtsmedizin, Chirurgie, Radiologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Neurologie und Neurochirurgie, Ophthalmologie, Zahnmedizin und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie).
- Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die oben genannten Berufsgruppen folgende Leistungen erbracht:
- Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
 - Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung
 - Strukturierte Befunderhebung und Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Anamnese- und Befundbögen
- Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung von mindestens 3 Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation
 - Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz unter Beteiligung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie der Eltern/Sorgeberechtigten und einem Vertreter der Jugendhilfe von mindestens 30 Minuten Dauer mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes

1-945.0 Basisdiagnostik ohne weitere Maßnahmen

mod. nach I.Franke/Kinderschutzgruppe Bonn

Bisherige gesetzliche Schwierigkeit des §294a SGB V seit 13.8.2013 behoben - KEINE MITTEILUNGSPFLICHT mehr bei Kinderschutzfällen!!

§ 294a Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

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

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

Fassung aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 07.08.2013 (BGBl. I S. 3108) m.W.v. 13.08.2013.

(für den Kinderschutz relevante Änderung grün hervorgehoben).