



Landeskoordinierungsstelle
Medizinischer Kinderschutz

Sächsische
Landesärztekammer 
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Arbeitstreffen der sächsischen Kinderschutzgruppen 2019 „Rechtssicherheit im medizinischen Kinderschutz“

BEGRÜßUNG

- Erik Bodendieck - Präsident der Sächsischen Landesärztekammer
- Ulrich Menke – Leiter der Abteilung 4 - Jugend, Familie, Teilhabe am Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Juristische Grundlagen für medizinisches Personal im Kinderschutzgeschehen

Susette Jörk

Rechtanwältin, Anwältinnenbüro Leipzig

Juristische Grundlagen für medizinisches Personal im Kinderschutzgeschehen

Rechtsanwältin Susette Jörk
Fachanwältin für Arbeitsrecht
Fachanwältin für Sozialrecht
Anwältinnenbüro Jörk, Feige, Maiwald
August-Bebel-Straße 14, 04275 Leipzig

Kinder-Richtlinie des GBA

über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

- A. Allgemeines und Anspruchsberechtigung

§ 1 Grundlagen

Abs. 4

„Bei erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder - misshandlung hat die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt unter Berücksichtigung des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz in der Fassung vom 01.01.2012 die notwendigen Schritte einleiten.“

Schweigepflicht

- § 9 Abs. 1 MBO-Ä / § 7 Abs. 1 MBO-ZÄ
- Nebenpflicht aus Behandlungsvertrag
- Strafrechtliche Sanktion in § 203 Abs. 1 StGB
- BDSG / DSGVO

Schweigepflicht

WARUM?

- Vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis

WAS IST UMFASST?

- Tatsache, dass ein Behandlungsverhältnis existiert
- Art der Verletzung/ Erkrankung
- Ergebnisse der Untersuchung, Diagnose
- Alle Informationen, die während der Behandlung bekannt werden (Wohnsituation, Lebenssituation etc.)

Schweigepflicht

AUSNAHMEN:

§ 9 Abs. 2 MBO-Ä:

Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist.

Schweigepflicht

AUSNAHME:

Schweigepflichtentbindung / Einwilligung

- Schriftlich
- Wer entbindet wen, wie lange, wofür
- Welche Daten werden wem übermittelt
- widerruflich

Schweigepflicht - Ausnahme: Einwilligung bei Minderjährigen

Minderjährige bei ausreichender Verstandesreife
über 14 Jahre in der Regel der Fall

oder

Einwilligung durch Sorgeberechtigte

Beachte: Grundsätzlich kein Alleinvertretungsrecht
des nicht gewalttätigen Elternteils

oder

Ersetzung der Einwilligung durch Beschluss des
Familiengerichtes (i.d.R. vom Jugendamt zu
veranlassen)

Schweigepflicht - Ausnahme: Schutz eines höherwertigen Rechtsguts

- Kinderschutz
- Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
(= Kinderschutz-Kooperations-Gesetz, KKG)

§ 4 Abs. 1 KKG

...Gespräch mit den Sorgeberechtigten

Abs. 1

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

Sollen = idR Müssen, soweit nicht...

§ 4 Abs. 2 KKG

...Beratung durch insoweit erfahrene Fachkraft

Abs. 2

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

§ 4 Abs. 3 KKG

... Information des Jugendamtes

Abs. 3

„Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

§ 4 Abs. 3 KKG – Reihenfolge:

1. Gespräch mit den Sorgeberechtigten
2. Beratung durch insoweit erfahrene Fachkraft
3. Wenn Gefährdung nicht anders abwendbar:
Befugnis zur Weitergabe der Daten an das Jugendamt

§ 4 Abs. 3 KKG

Berechtigung (nicht Pflicht) zur
Informationsweitergabe
bei ***gewichtigen Anhaltspunkten*** einer
Kindeswohlgefährdung

= akute Kindeswohlgefährdung

§ 4 Abs. 3 KKG

a) Gewichtige Anhaltspunkte

- Keine absolute Sicherheit erforderlich
- Kein „Ausermitteln“ durch medizinisches Personal

§ 4 Abs. 3 KKG – Kindeswohlgefährdung

Prüfungsschema des Deutschen Instituts für Jugendhilfe

Einschätzung der
Gefährdungssituation

- Wie hoch wird die Beeinträchtigung für das Kindeswohl eingeschätzt?

• 1 2 3 4 5
sehr niedrig eher hoch hoch sehr hoch
niedrig

- Wie sicher ist der Arzt sich, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt?

• 1 2 3 4 5
sehr unsicher eher unsicher sicher sehr sicher
unsicher

§ 4 Abs. 3 KKG - Kindeswohlgefährdung

Prüfungsschema des Deutschen Instituts für Jugendhilfe

Bewertung der Hilfebeziehung

- Wie gut kann die Gefährdung mit den eigenen beruflichen Möglichkeiten abgewendet werden?

• 1 2 3 4 5
gut eher gut eher schlecht schlecht sehr schlecht

- Ist weiteres Werben für die Inanspruchnahme weiterer Hilfe mit Blick auf die Gefährdung noch möglich?

• 1 2 3 4 5
gut eher gut eher schlecht schlecht sehr schlecht

§ 4 Abs. 3 KKG

a) Gewichtige Anhaltspunkte

b) Kindeswohlgefährdung

§ 4 Abs. 3 KKG

b) **Kindeswohlgefährdung**

= gegenwärtige oder zumindest unmittelbar bevorstehende Gefahr für die Kindesentwicklung, die bei Fortdauer **erhebliche** Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt

§ 4 Abs. 3 KKG

b) Kindeswohlgefährdung

Sexueller
Missbrauch

Körperliche
Misshandlung

Seelische
Misshandlung

Vernachlässigung

§ 4 Abs. 3 KKG

b) Kindeswohlgefährdung

z.B. Kindesmisshandlung

einige Erheblichkeit, „schwere
Misshandlung“

Wiederholungsgefahr

Kind hat Recht auf gewaltfreie Erziehung
(§ 1631 Abs. 2 BGB)

Kindeswohlgefährdung

akute

Sofortige Meldung an das Jugendamt (§ 4 KKG)

Ansprechpartner/in:
zuständige/r
Sozialarbeiter/in des ASD
des jeweiligen
Wohnbezirkes oder
Kindernotdienst

mögliche

Meldung an das Jugendamt
nur mit Einverständnis der
Eltern

Informieren über
Hilfsangebote des ASD

Anonymeratung

Schweigepflicht - Ausnahme:

§ 34 StGB rechtfertigender Notstand

gegenwärtige, nicht anders
abwendbare Gefahr für Leib
und Leben

Informationsweitergabe an Polizei
gestattet

Dokumentationspflicht

- Dokumentationspflicht (§ 10 MBO-Ä)
- § 630f Abs. 2 BGB:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

Dokumentation

- alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verlaufsdaten
- andere relevante Informationen zum Behandlungsgeschehen
- Grenze: reine Routine (?), medizinische Selbstverständlichkeiten, subjektive Wertungen, persönliche Eindrücke

Dokumentation

Wesentliche / relevante Informationen

- Aussagen von Eltern/Begleitpersonen
- ergänzende Eindrücke
- über erfolgte Beratung durch insoweit erfahrene Fachkraft (§ 4 Abs. 2 KKG)
- Über Weitergabe der erforderlichen Daten an das Jugendamt (§ 4 Abs. 3 KKG)

Akteneinsicht, § 630g BGB

- § 630g Abs. 1 BGB:

(Einsichtnahme in die Patientenakte)

„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. ...“

Akteneinsicht, § 630g BGB

- Einsichtsrecht des Patienten/der Patientin - Einsichtsrechts der Sorgeberechtigten?
 - Anknüpfungspunkt: Behandlungsvertrag
 - Grundsatz: bei Mj. Vertretung durch Sorgeberechtigte
 - Exkurs:
 - Zustimmung beider Eltern?
 - Differenzierung nach Schwere des Eingriffs
 - Vertragsschluss mit Ü-15-Jährigen?
 - arg. ex § 36 Abs. 1 SGB I (sozialrechtliche Handlungsfähigkeit für GKV-Versicherte)

Akteneinsicht, § 630g BGB

- Grundsatz:
 - weitreichend: sämtliche erhobenen Daten
 - vollständig, d.h. auch persönliche Eindrücke
- Ausnahme (zu begründen):
 - entgegenstehende erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter:
 - bei Verdacht der Gefährdung des Kindeswohls durch die Einsichtnahme
 - bei fehlendem Einverständnis des Kindes / Jugendlichen bei voller Selbstbestimmungsfähigkeit (idR ab 14. Lj.)

Akteneinsicht, § 630g BGB

- getrennte Aktenführung?
- in jedem Einzelfall sorgfältige Abwägung zwischen Geheimhaltungsinteresse d. Behandelnden - Informationsinteresse d. Pat.

Jugendamt und Rolle des medizinischen Personals

Kinderschutz ist Aufgabe der Jugendhilfe - § 8 a
SGB VIII

Gefährdungseinschätzung durch
Informationsgewinnung - Datenerhebung § 62
SGB VIII

§ 4 Abs. 3 KKG - Information ohne Rücklauf

Ausblick

Geplante Änderung des KKG durch geplantes
Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG)

Entwurf § 4 Abs. 4 KKG (neu):

„Wird das Jugendamt von einer in Abs. 1 S. 1 Nr. 1
genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah
eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen
Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes
oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz
des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch
tätig ist“

Danke für die Aufmerksamkeit



Der Arzt vor Gericht

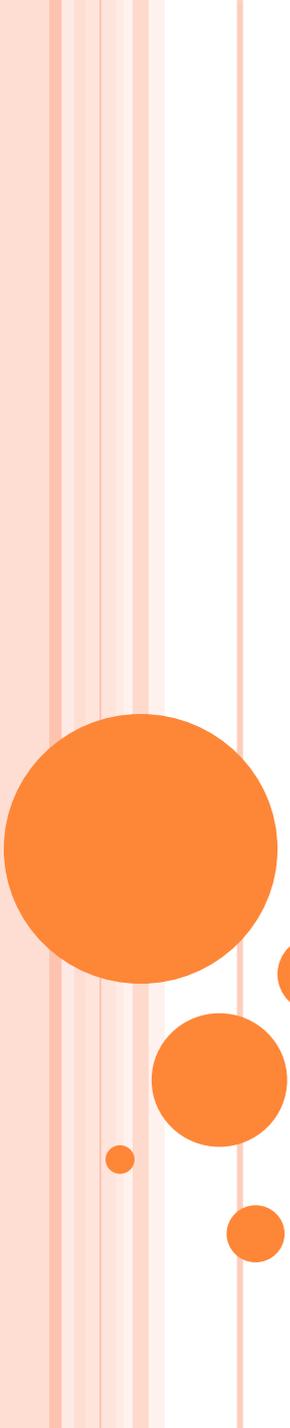
Stefanie Vossen-Kempkens,
Vizepräsidentin des Amtsgerichtes Dresden

○ Der Arzt vor Gericht

VIZEPRÄSIDENTIN DES AMTSGERICHTS VOSSEN-
KEMPENS

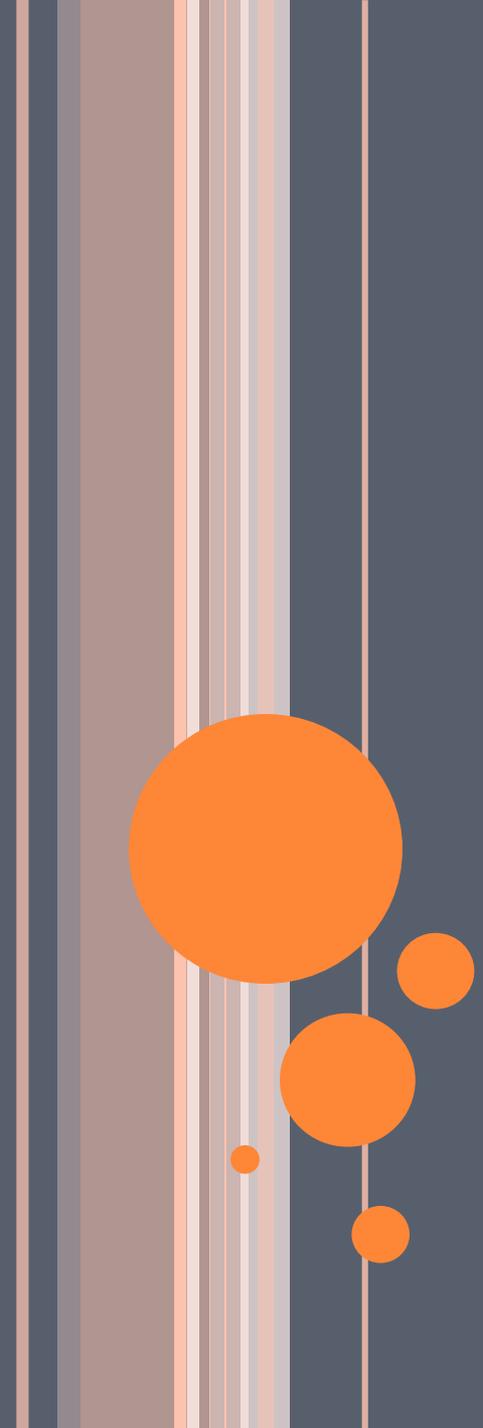
9. Oktober 2019





DER ARZT VOR GERICHT

Als Beklagter, Angeklagter und
als Gutachter



DER ARZT ALS BEKLAGTER

DER ARZT VOR GERICHT ALS BEKLAGTER IM ZIVILPROZESS

- Arzthaftungsprozess
- Patient ./ . Arzt (+ Versicherung)
- Behandlungsfehler
- Aufklärungsfehler
- Dokumentationsmängel



UNTERSCHIEDLICHE BEWEISLASTEN

Behandlungsfehler

- Patient trägt Beweislast
- Beweislastumkehr
 - Dokumentationsmängel
 - Einhaltung des Facharztstandards

Aufklärungsfehler

- Arzt trägt Beweislast für ordnungsgemäße Aufklärung
 - Krankenunterlagen
 - Parteivernehmung



VERSICHERUNG ALS BETEILIGTE PARTEI



Haftpflichtversicherung
hinter dem Arzt ist
dringend zu beachten!

- Allgemeine
Haftpflichtbedingungen:
Versicherung hat
Prozessführungsbefugnis

**=> Sofortige Info nach
Anspruchsanmeldung**



Kein Haftungsanerkennnis
abgeben!

- Allgemeine
Haftpflichtbedingungen:
Versicherung hat
Prozessführungsbefugnis

**=> „Spontanäußerungen“
können zu Verlust des
Versicherungsschutzes
führen**

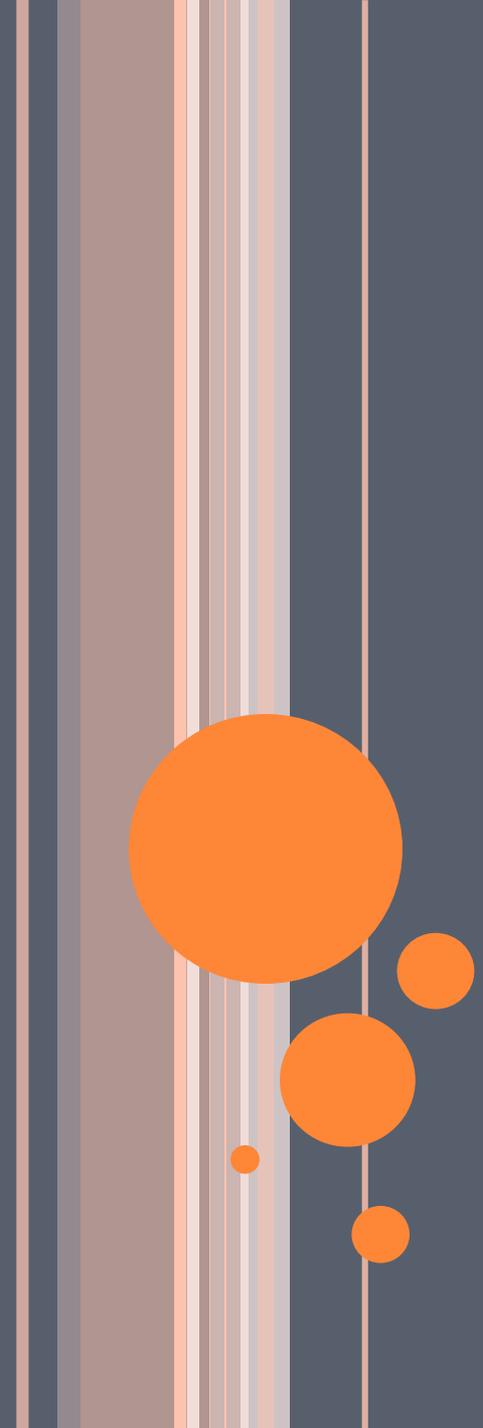


Im Falle einer
Beweiserhebung
durch
Sachverständigengutachten
gilt:



Beauftragter
Sachverständiger hat dem
Fachgebiet des beklagten
Arztes zu entsprechen



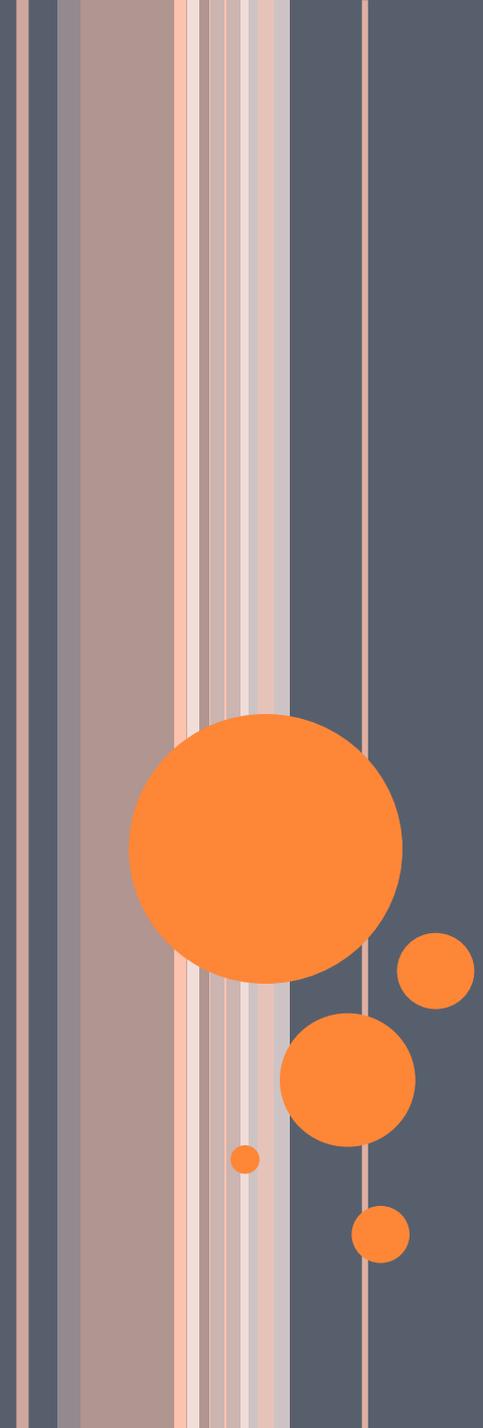


DER ARZT ALS ANGEKLAGTER

DER ARZT ALS ANGEKLAGTER IM STRAFPROZESS

- Ermittlungsverfahren
- Info der Aufsichtsbehörden
- Ggf. berufsgerichtliches Verfahren
- Verlust der Approbation
- **Mandatierung eines
Verteidigers**
- **Info der
Haftpflichtversicherung**





DER ARZT ALS SACHVERSTÄNDIGER

DER ARZT ALS GUTACHTER VOR GERICHT

- Pflicht zur absoluten Neutralität
- Pflicht zur Objektivität
- Keine Vorbefasstheit
- Grds. keine direkte
Kontaktaufnahme zu den
Parteien



HAFTUNG DES GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN



HAFTUNG DES GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN

- § 839 a Abs. 1 BGB:

Erstattet ein vom Gericht ernannter Sachverständiger vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges Gutachten, so ist er zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der einem Verfahrensbeteiligten durch eine gerichtliche Entscheidung entsteht, die auf diesem Gutachten beruht.



ERSTELLTES GUTACHTEN IST UNRICHTIG,

- wenn es nicht der objektiven Sachlage entspricht
- d.h. der SV z.B. fehlerhafte Schlussfolgerungen zieht
- falsche Tatsachenfeststellungen trifft
- Sicherheit vorspiegelt, obwohl nur Wahrscheinlichkeitsurteil möglich ist



HAFTUNG DES GERICHTLICHEN SACHVERSTÄNDIGEN

- § 839 a Abs. 2 BGB:

§ 839 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.

Nach § 839 Abs. 3 BGB tritt die Ersatzpflicht nicht ein, wenn der Verletzte vorsätzlich oder fahrlässig unterlassen hat, den Schaden durch Gebrauch eines Rechtsmittels abzuwenden.



Forensische Spurensicherung bei Kindern mit Misshandlungs- bzw. Missbrauchsverdacht

Dr. med. Uwe Schmidt
Rechtsmedizin TU Dresden



Forensische Spurensicherung bei Kindern mit Misshandlungs- bzw. Missbrauchsverdacht

Uwe Schmidt

Dresden, 09. Oktober 2019



Was ist eine Spur?

- **Situationsspuren**
 - Ergeben sich aus der besonderen räumlichen Lage und Zuordnung von Spuren zueinander und zu deren Umgebung (Blutspurenmusterverteilungsanalyse)
- **Gegenstandsspuren**
 - Beweiserhebliche Gegenstände (z.B. Gürtel als „Tatwaffe“)
- **Materialspuren**
 - Substanzen (fest, flüssig, gasförmig), deren stoffliche Eigenschaften und/oder Zusammensetzung kriminalistische Rückschlüsse zulassen (z.B. Haare, Sperma, Blut, Fasern)
- **Formspuren**
 - Durch Einwirkung eines Spurenverursachers entstandene Formveränderungen an einem Objekt (z.B. daktyloskopische Spuren, Verletzungen am menschlichen Körper)

Sicherung einer Spur?

- **Materialsuren**

- Substanzen (fest, flüssig, gasförmig), deren stoffliche Eigenschaften und/oder Zusammensetzung kriminalistische Rückschlüsse zulassen (z.B. Haare, Sperma, Blut, Fasern)

Sicherung durch Abrieb (Forensic Swab[®])

→ nasse/feuchte Spur mit Trockenabrieb

→ trockene Spur mit angefeuchtetem Tupfer (NaCl oder Aqua dest.)

Sicherung einer Spur?

- **Formspuren**
 - Durch Einwirkung eines Spurenverursachers entstandene Formveränderungen an einem Objekt (z.B. daktyloskopische Spuren, Verletzungen am menschlichen Körper)

Spureenträger ist Patient!

Problem!!!

Dokumentation einer Spur

- **Spur am Körper ist Folge einer Gewalteinwirkung**

Stumpf (ungeformt, geformt)

Halbscharf

Scharf

Tangential

Thermisch

Zeichen der Selbstbeibringung:

- Körperpartien, die für eigene Hand leicht zugänglich sind
- häufig Verletzungen an Armen, im Gesicht und an der Brust
- ausgespart wichtige Funktions-bereiche
- ausgespart besonders schmerzempfindliche Bereiche
- oft verschiedene Körperregionen gleichzeitig betroffen
- gelegentlich Seitenbetonung

DOKUMENTATION DER BEFUNDE

- Datum und Uhrzeit der Befunderhebung
- Verzeichnis der bei der Untersuchung anwesenden Personen
- Anamnese – WAS soll WIE, WANN und Wo passiert sein?
WER war anwesend?
- Körpergewicht und Körpergröße – auffällige Diskrepanz zwischen Körperkonstitution und altersgerechtem Entwicklungsstand (Perzentilen!)
- Pflegezustand (eventuell Verunreinigungen am Körper und an der Kleidung)

TRAUMATISCHE VERLETZUNGEN („GANZKÖRPER-UNTERSUCHUNG“)

- **Größe** der Verletzungen (in cm)
- **Form der Verletzungen** (z.B. kreisförmig, strichförmig, flächenhaft, parallel verlaufend, gruppenförmig angeordnet)
- **Art der Verletzungen** (z.B. Unterblutung, Abschürfung, Verfärbung, Schwellung, Eindellung, glattrandige oder fetzige Durchtrennung, Verdacht auf Hitze- oder Kälteeinwirkung)
- **Farbe** der Verletzungen (z.B. bei Unterblutungen)
- **Lokalisation** der Verletzungen
- **Nach Möglichkeit Foto mit Maßstab**

DOKUMENTATION DER BEFUNDE II

- Diagnose
- Dokumentation eventuell gesicherter Spuren
 - An wen übergeben? oder
 - Wo gelagert?
- Ablage Fotodokumentation
- Ausführliche Dokumentation der weiteren Schritte (wer, wann, mit wem)
 - Gespräche mit Sorgeberechtigten
 - Meldung Jugendamt
 - Meldung Polizei



»Wissen schafft Brücken.«

Kinderschutzthemen in der Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer

Dr. jur. Alexander Gruner

Leiter der Rechtsabteilung Sächsischen Landesärztekammer

KINDERSCHUTZTHEMEN IN DER RECHTSABTEILUNG

- » Die meisten Fällen betreffen Anforderungen von Kopien der Patientenakten der Kinder durch Sorgeberechtigte
- » Immer auch Unsicherheiten bei der Schweigepflicht
 - » Fallvorstellung
- » Fragen zu Aufklärung und Einwilligung bei Minderjährigen
 - » Fallvorstellung

SCHWEIGEPFLICHT BEI DER BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

- » Minderjährige haben berechtigtes Geheimhaltungsinteresse
- » Altersgrenze ca. 14 Jahre
- » Mj. kann Arzt von der Schweigepflicht entbinden, wenn er die erforderliche Urteils- und Einsichtsfähigkeit besitzt, ansonsten müssen die gesetzlichen Vertreter/Sorgeberechtigten entbinden
- » Rechtfertigungsmöglichkeit über § 34 StGB

SCHWEIGEPFLICHT BEI DER BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

- » Offenbarungspflicht der schweigepflichtigen Person im Hinblick auf den minderjährigen Patienten besteht zwar aus dem Erziehungsrecht der Eltern (GG, §§ 1626, 1631 BGB) tritt aber durch das ab 14 Jahren einsetzende Selbstbestimmungsrecht des minderjährigen Patienten zurück

SCHWEIGEPFLICHT BEI DER BEHANDLUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

- » Aber: Aufklärungspflicht der Sorgeberechtigten (BGH 10.10.2006, MedR 2008, S. 289)
 - » Bei Aufklärungsgesprächen sollen beide Eltern anwesend sein
 - » Der mj. Patient müsse nur deshalb mit aufgeklärt werden, damit er sein Vetorecht bzgl. Behandlung geltend machen kann (Stichwort: Persönlichkeitsrechte, § 1626 Abs. 2 BGB)
 - » Vor allem bei invasiven medizinischen Maßnahmen ist empfehlenswert bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres alle Sorgeberechtigten aufzuklären und deren Einwilligung einzuholen

AUSKUNFTS- UND EINSICHTSRECHTE IN DER PSYCHIATRIE

- » Einschränkungen aus der Tatsache des Vorliegens einer psychiatrischen Erkrankung und der sich aus der Einsichtnahme ergebenden gesundheitlichen Gefahren
- » Auch in der Psychotherapie Einschränkung des grds. Anspruchs

THERAPEUTISCHER VORBEHALT IM VERFASSUNGSRECHT

- » Einsichtsrechte mit Konturen
- » Objektive physische Befunde
- » Keine pauschale Verweigerung
- » Konkrete Umstände und Einzelfall
- » Einschränkung auf physikalisch objektivierte Befunde und Berichte fraglich - es muss Ausnahmen geben

LÖSUNG PATIENTENRECHTEGESETZ?

- » § 630 g Abs. 1 BGB
 - » Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.
 - » Gesetzesbegründung fruchtbar

BERUFSRECHTSFALL: DIE SCHWEIGSAME FRAUENÄRZTIN

- » Minderjährige, 14 Jahre, bat um Geheimhaltung der Schwangerschaft bis zum Ablauf der Fristenlösung
- » Vorwurf 1: Nichtinformation an die sorgeberechtigten Eltern – berufsrechtlich leicht zu lösen
- » Vorwurf 2: Verschreibung der Pille trotz Bestehens der Schwangerschaft (Täuschung der Eltern) – Strafverfahren wegen Ausstellen eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses, § 278 StGB und Körperverletzung eingestellt (tatbestandlich bzw. mangels Zurechenbarkeit der Einnahmeverpflichtung durch die Eltern)

EINVERSTÄNDNIS BEIDER SORGEBERECHTIGTEN BEIM IMPFEN ?

» Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 3. Mai 2017 (XII ZB 157/16)

a) BGH: Schutzimpfungen grundsätzlich eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung für das Kind im Sinne § 1628 Abs. 1 BGB

» Der BGH stellte klar, dass die Durchführung von Schutzimpfungen grundsätzlich eine Angelegenheit von erheblicher Bedeutung für das Kind darstelle. Entscheidungen in Angelegenheiten des täglichen Lebens sind nur solche, die häufig vorkommen und die keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes hätten. Impfungen seien Entscheidungen, die nicht häufig vorkommen. In der Regel entfällt die Entscheidung, ob das Kind während der Minderjährigkeit gegen eine Infektionskrankheit geimpft werden soll, nur einmal an. Darüber hinaus könne die Entscheidung nur schwer abgeändert werden.

BERUFSRECHTSFALL: EINVERSTÄNDNIS BEIDER SORGEBERECHTIGTEN BEIM IMPFEN ?

- » b) Übertragung der Entscheidungsbefugnis an den Elternteil, der die Impfung des Kindes entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut befürwortet
 - » Das Oberlandesgericht habe den Vater zu Recht als besser geeignet angesehen, über die Durchführung der Impfungen des Kindes zu entscheiden. Das läge unter anderem daran, dass der Vater seine Haltung an dem Empfehlungen des Robert Koch Instituts als sachverständiges Gremium orientiert.
 - » Impfungen dienen dem Wohl des Einzelnen im Hinblick auf eine mögliche Erkrankung und in Bezug auf die Gefahr einer Weiterverbreitung dem Gemeinwohl. Auch mit dem letztgenannten Aspekt haben sie einen Bezug zum Schutz des individuellen Kindeswohls, weil das Kind – wenn es etwa noch nicht im impffähigen Alter ist – von der Impfung anderer Menschen, insbesondere anderer Kinder, und der damit gesenkten Infektionsgefahr profitiert.
-

BERUFSRECHTSFALL: HPV IMPFUNGSFALL

- » Arzt fragt an, ob das zitierte BGH Urteil relevant ist, weil nur der Vater der 15 jährigen Tochter die Impfung möchte
- » Hier aber zu prüfen, ob nicht die Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen relevant ist, bevor über familiengerichtliche Entscheidung nachgedacht werden muss

BERUFSRECHTSFALL: ZEITLICHE GÜLTIGKEIT EINER AUFKLÄRUNG

- » Wie lange gilt eine Aufklärung des Minderjährigen und der Eltern, wenn die ärztliche Maßnahme –cMRT- erst Monate nach der Aufklärung erfolgt
- » Frage nach dem Sinn und Zweck der Aufklärung und den rechtlichen Vorgaben im Haftungsrecht und BGB und Entscheidung im Einzelfall

Pause

Neues aus den Kinderschutzgruppen

Mitglieder der Kinderschutzgruppen

ERGÄNZUNG

EINZUGSGEBIET CHILDHOOD-HAUS LEIPZIG

- Stadt Leipzig und Region, dazu gehören die Landkreise Nordsachsen und Leipzig
- Die Zuständigkeit der Gerichte soll mit berücksichtigt werden.

Aktueller Arbeitsstand und Ausblick der Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz

Landeskoordinierungsstelle
Medizinischer Kinderschutz

Modellprojekt
H-E-H
Häusliche
Gewalt (UKD)
2008/2010



Modellprojekt
H-E-H
Gewalt in der
Familie (UKD)
2011



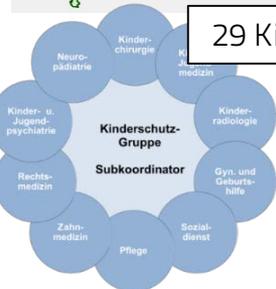
Projekt
„Kinderschutz
im
Gesundheits-
wesen in
Sachsen“
2012-2018



Landes-
koordinierungs-
stelle
Medizinischer
Kinderschutz
(SLÄK)
seit 1.1.2019



29 Kinderschutzgruppen (KSG)



Fort- und Weiterbildung

- Zielgruppen:
- Kinderschutzgruppen (multiprofessionell)
 - Niedergelassene Ärzte
 - MFA
 - Straf- und Familienrichter
 - andere Netzwerkpartner

Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Anja Zschieschang
Dipl.- Soz.päd. Juliane Straube-Krüger
Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Referat Medizinische und Ethische Sachfragen
Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz

Hausanschrift:
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Postanschrift:
Postfach 100465, 01074 Dresden
Tel.:

+49 (0351) 8267-126/-127

Fax:

+49 (0351) 8267-312

E-Mail:
kinderschutz@slaek.de
a.zschieschang@slaek.de
j.straube-krueger@slaek.de

Homepage
<http://www.kinderschutzmedizin-sachsen.de>



Standards

Klinischer Platz bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Körperverletzung, Drohung, Kindeswohlgefährdung)

Verdacht auf nichtakzidentellen Mechanismus?

Anamnese (für Unfallhergang) inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. gesondert erläutern)

Verletzungen (CAVE: Lokalisation)

- schiefe Lokalisation
- tiefer, Gegenstände, Bismarke
- untypische Lokalisation (traumikulär, Lippen/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung (d.h. „Handschuh-/Strumpfmuster“, fehlende Spitzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

Anogenitale Untersuchung:

- inspektorisch unauffällig
- auffällig
- nicht untersucht
- weitere Diagnostik notwendig

Dokumentation

Hinweis:
Verletzungen ins Körperschema eintragen. Ziffern vergeben, Einzelheiten in der Tabelle vermerken. Mehrfachnennung möglich (Hämatom mit Kratzer). Fotodokumentation anstreben.

Fotodokumentation (mit Messhilfe) erfolgt?
 ja nein

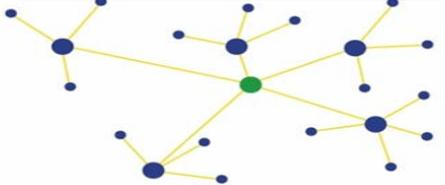
Verletzungsarten:
A: Hämatom
B: Platzwunde
C: Thermische Wunde
D: Bisswunde
E: Schnittwunde
F: Stichwunde
G: Kratzer
H: Fraktur(verdacht)
J: Schürfwunde
K: Sonstiges

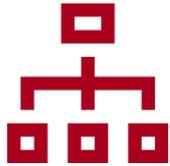
z. B. Blutung, Schwellung, Abdrücke (Formung), petechiale Stauungsblutung



Ziffer	Art (s. Kasten)	Größe	Charakteristika (Form, Farbe), Besonderheiten, Schmerz
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Vernetzung/ Austausch
zwischen Gesundheits-
wesen und Jugendamt





Medizinische Kinderschutzkoordination



Koordination
Ansprechpartner,
Kontaktpflege



Kinderschutzmedizin in Sachsen - Fachkräfteportal

Aktuelles Kinderschutz an Kliniken Kinderschutz in der Niederlassung Fachinweise Arbeitsmittel Projekt Kontakt



Hierarchie Wissen

Im Familienratgeber Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen: Diese Homepage ist für Mediziner und Mitarbeiter im stationären und ambulanten Gesundheitswesen ausgerichtet. Sie soll als professionelle Hilfestellung im Verdacht einer Kindeswohlgefährdung, beim Handeln im Kontakt eines Hilfesuchers oder bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung dienen.

Das Erkennen von Kindeswohlgefährdung ist ein komplexer Prozess mit einer Vielzahl von Akteuren aus Hilfe-, Unterstützungs- und Kontrollsystemen. Eine Zusammenarbeit zwischen den involvierten Professionen über die Systeme hinweg ist somit im Sinne des Kindeswohls absolut erforderlich. Daher wurde in den vergangenen Jahren die Förderung bzw. Gründung von **Kinderschutzgruppen** an sächsischen Kliniken gefördert. Genäut Informationen zum Vorgehen beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung an Kliniken finden Sie unter dem Menüpunkt: **„Kinderschutz an Kliniken“**.

Innerhalb der ersten Lebensjahre stellen die niedrigeren Risikofaktoren weniger anderen Berufsgruppen die einzig regelmäßig konsultierte Profession da, welche auch einen Vertrauensvorsprung bei jüngeren Eltern genießen. Bei veränderten Umgang mit zu einer frühzeitigen Erkennung von Gefährdungslagen in der Familie möglich. Für diese sehr verantwortungsvolle Aufgabe sind die niedrigeren Risikofaktoren durch einen unterstützenden Materialen und Kontaktsystem im Bereich **„Kinderschutz in der Niederlassung“** erhalten.

Die Fachkräfte erhalten außerdem Hinweise zu **aktuellen Veranstaltungen**, multimedialen **Fachbeiträgen** zum medizinischen Kinderschutz sowie einem direkten Zugang zu allen wichtigen **Materialien** und einer hilfreichen **Suchfunktion** zum Thema.

Auf dieser Homepage sind außerdem Inhalte und Ergebnisse mehrerer medizinischer **Kinderschutzprojekte** (siehe **Ziele**) veröffentlicht, welche seit 2011 vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gefördert werden. Dabei wurden in Sachsen unter anderem langfristige Begleitprojekte an 27 Kinderkliniken (**Kinderschutzgruppen**) geschaffen bzw. vorhandene gestärkt. Es wurden fachliche Standards ergründet und unterschiedliche Maßnahmen zur Vernetzung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen befristet.

Bei Fragen und weiteren Anregungen zum Thema medizinischer Kinderschutz in Sachsen freuen Sie gern mit unserer Projektkoordination in **Sachsen**.

Onlineveranstaltung Arbeitstreffen der sächsischen Kinderschutzgruppen 2018



Homepage:
www.kinderschutzmedizin-sachsen.de

Impressum Disclaimer Spendenübersicht

Universitätssklinikum Carl Gustav Carus
DIP 493 51004

Projektkoordinations „Verstärkung des medizinischen Kinderschutzes in Sachsen“
gestützt von Sächsischer Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Freistaat Sachsen

Sehr geehrte Projektbeteiligte, liebe Kinderschutzgruppen,
es folgen wichtige Informationen zum medizinischen Kinderschutz in Form unseres Newsletter für Oktober 2016.
Für die einzelnen Punkte im Newsletter wurden die Anhänge fortlaufend mit Ziffern versehen

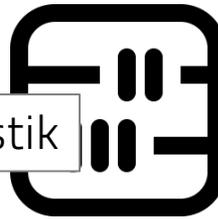
INHALT:

1. Einladung zum Arbeitsgruppentreffen der sächsischen Kinderschutzgruppen 2016
2. Therapeutische und beratende Angebote für Eltern mit Gewalterfahrungen
3. Neue Homepage
4. E-Learning Projekt „Kinderschutz in der Medizin – ein Grundkurs für alle Gesundheitsberufe“
5. Literaturrepfehlungen
6. Veranstaltungen

1. Einladung zum Arbeitsgruppentreffen der sächsischen Kinderschutzgruppen 2016 (Programm siehe Anhang 1)

Am 23. November laden wir herzlich zum jährlichen Treffen der sächsischen Kinderschutzgruppen – und das sind mittlerweile schon 27! – in die sächsische Landesärztekammer ein.
Gemeinsam mit Ihnen möchten wir eine Bilanz der bisherigen Ergebnisse unseres Projektes ziehen und freuen uns auf Ihre konstruktive Kritik.
Frau Dr. Coenen aus dem Team der Mutter-Kind-Tagesklinik der Klinik für Psychosomatik des UKD und zum Thema emotionale Vernachlässigung referieren. Außerdem möchten wir gerne auf das Thema Geschwister im Kontext von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung eingehen. Nicht selten erbt man im Zuge der Behandlung eines Kinderschutzes auch von Geschwistern, die sich immer noch in den entsprechend gefährdenden häuslichen Situationen aufhalten und das Hilfesystem zehrt vor der Frage, wie mit Kindern beiten

Newsletter



Statistik

Programm Medizinische Kinderschutzfachkraft 2019

Mittwoch (05.06.2019; 09:00-16:00 Uhr)

1. Einführung	Zeit: 09:00- ca.09.30 Uhr Dauer: 30 Minuten Verantwortliche: Fr. Straube-Krüger/Fr. Dr. Zschieschang
2. Bedürfnisse des Kindes/ Was ist Kindeswohl?	Zeit: 09:30- ca.10:00 Uhr Dauer: 30 Minuten Verantwortliche: Fr. Zinn (Sozialdienst UKD)
3. Formen der Kindeswohlgefährdung	Zeit: 10:00-11:30 Uhr Dauer: 90 Minuten (REM: 45min / KJP: 45min) Verantwortliche: REM (Hr. Dr. Schmidt) / KJP (Fr. Seeger)
<i>Mittagspause (60 Minuten)</i>	
4. Dokumentation bei Verdachtsfällen	Zeit: 12:30-13:15 Uhr Dauer: 45 Minuten (REM: 25min / KCH: 20min) Verantwortliche: REM (Hr. Dr. Schmidt) / KCH (Hr. Dr. Karpinski)
5. Familiendynamiken	Zeit: 13:15-14:00 Uhr Dauer: 45 Minuten Verantwortliche: KJP (Fr. Krahl)
6. Bausteine der Gesprächsführung	Zeit: 14:00-14:30 Uhr Dauer: 30 Minuten Verantwortliche: Fr. Straube-Krüger/Fr. Dr. Zschieschang
<i>Kaffeepause (20 Minuten)</i>	
7. Auftrag und Rolle von ASD-Mitarbeitern – Schnittstelle zum Gesundheitswesen	Zeit: 14:50-15:45 Uhr

Donnerstag (06.06.2019; 09:00-15:00 Uhr)

1. Fallpräsentation – Anhaltspunkte für eine KWG erkennen, beurteilen, handeln (4 Fälle à 45 Minuten) <i>inklusive Kaffeepause (20 Minuten)</i>	Verantwortliche: (Hr. Dr. Karpinski / Fr. Stamos, Fr. Lorenz, Fr. Zinn; Fr. Dr. Seeger)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zeit</th> <th>Kasuistik</th> <th>Referenten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.00 - 9.45</td> <td>Fall 1</td> <td>Zinn, Lorenz, Karpinski, Seeger</td> </tr> <tr> <td>9.45 - 10.30</td> <td>Fall 2</td> <td>Stamos, Lorenz</td> </tr> <tr> <td>10.30 - 10.50</td> <td>Kaffeepause</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10.50 - 11.35</td> <td>Fall 3</td> <td>Zinn</td> </tr> <tr> <td>11.35 - 12.20</td> <td>Fall 4</td> <td>Seeger</td> </tr> </tbody> </table>	Zeit	Kasuistik	Referenten	9.00 - 9.45	Fall 1	Zinn, Lorenz, Karpinski, Seeger	9.45 - 10.30	Fall 2	Stamos, Lorenz	10.30 - 10.50	Kaffeepause		10.50 - 11.35	Fall 3	Zinn	11.35 - 12.20	Fall 4	Seeger
Zeit	Kasuistik	Referenten																	
9.00 - 9.45	Fall 1	Zinn, Lorenz, Karpinski, Seeger																	
9.45 - 10.30	Fall 2	Stamos, Lorenz																	
10.30 - 10.50	Kaffeepause																		
10.50 - 11.35	Fall 3	Zinn																	
11.35 - 12.20	Fall 4	Seeger																	
<i>Mittagspause (60 Minuten)</i>																			
1. Rechtliche Rahmenbedingungen	Zeit: 13:45-14:45 Uhr Dauer: 60 Minuten																		
2. Zusammenfassung/ Absch																			

Organisation Fort- und Weiterbildung

Termin Curriculum 2020:
27./28.02.2020

Kinderschutzfälle im stationären Gesundheitswesen in Sachsen (2015-2018)

2015:

29 Rückmeldungen

21 Kliniken
(Schätzung Fallzahlen)

0	1-5	6-10	11-20	>20
0	12	4	4	1

~ 148

8 Kliniken
(exakte Fallzahlen)

= 529

Gesamt: **677**

Fallzahlen ↑
Exakte Statistiken ↑

2016:

22 Rückmeldungen

11 Kliniken
(Schätzung der Fallzahlen)

0	1-5	6-10	11-20	>20
1	3	3	2	2

~ 103

11 Kliniken
(exakte Fallzahlen)

= 604

Gesamt: **707**

2017:

Rückmeldungen: 24

8 Kliniken
(Schätzung der Fallzahlen)

0	1-5	6-10	11-20	>20
1	2	1	2	4

~ 124

15 Kliniken
(exakte Fallzahlen)

= 700

Gesamt: **824**

2018:

Rückmeldungen: 28

8 Kliniken
(Schätzung der Fallzahlen)

0	1-5	6-10	11-20	>20
0	1	2	0	5

~ 119

20 Kliniken
(exakte Fallzahlen)

= 1098

Gesamt: **1217**

Bundesebene

DG KiM

(Zertifizierung, Standards, Leitlinien, Fortbildung, Finanzierung, Politik, ...)

OPS Code

Medizinische Kinderschutzhotline

S3-Leitlinie

Instituts-
ermächtigung

Land Sachsen

Landeskoordinierungsstelle Med. KS

(Ansprechpartner, Fortbildung, Vernetzung, Projekte, Newsletter, Prävention...)



Land

....

Land

....

Childhood-Haus

APP Hans & Gretel

Homepage

www.kinderschutzmedizin-sachsen.de

Landkreis

Kinderschutz-
-gruppe an
der Klinik

Landkreis
Kinderärzte
bzw.
Allgemeinärzte
/ MFA

STATIONÄR

AMBULANT

Beratung zum OPS-Code

OPS-Code 1-945.0-1 zur Diagnostik bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Voraussetzungen:

- **multiprofessionelles Team** (Arzt, Sozialarbeiter, Psychologe, Pflegekräfte) unter Leitung eines Facharztes
- **mehrdimensionale Diagnostik** von mind. 3 Disziplinen*, je 30 Minuten
 - **Fallbesprechung** mit mind. 3 Disziplinen inkl. Dokumentation
 - **Fallkonferenz** der beteiligten Disziplinen und Jugendamt (→ OPS 1-945.1)
- Angabe einer **T 74 Diagnose** (Diagnostik jedoch auch bereits bei Verdacht abrechenbar)
- alle Leistungen werden **in einem Aufenthalt** erbracht
- Dokumentation der Fälle (siehe Musterdokumentation)

Musterdokumentation OPS 1-945.-
Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindesgesundheit (OPS 1.945.)

Mustermerkmale:

- Multiprofessionelles Team bestehend aus:
 - Arzt, Sozialarbeiter, Psychologin
 - Fachstellen für Gesundheits- und Kindesgesundheit
 - oder der Leitung eines Fachbereichs für Kinder- und Jugendmedizin
 - Nebenärztliche oder Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Alle nachfolgenden Leistungen müssen im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes erbracht werden
 - Die Dokumentation der Diagnostik erfolgt separat im digitalen Patienteninformationssystem
- Mehrdimensionale Diagnostik von jeweils 30 Minuten in mindestens drei der folgenden Disziplinen oder mit Expertise für Kinderschutz und/oder für Patienten des Kinder- und Jugendalters:

Therapiebereich / Disziplin	Verfügbarkeit am folgenden Tag:
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Kinderpsychiatrie
<input type="checkbox"/> Sozialarbeiter, Sozialpädagoge	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie
<input type="checkbox"/> Kinderpsychiatrie	<input type="checkbox"/> Neurobiologie
<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/>

Es werden im diagnostischen Einzelkontakt durch die o. g. Berufsgruppen alle drei folgenden Leistungen erbracht (falls es weniger als 3 Leistungen erbracht oder durch die jeweils dafür zuständige Berufsgruppe, 2018 durch alle 3 Berufsgruppen)

Therapiebereich:

- Medizinische, soziale oder psychologische Diagnostik (einschließlich diagnostische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese)
- Verhaltens- und Interaktionsbeobachtungen
- Strukturelle Beurteilung und Befundkommunikation unter Verwendung sozialer Anamnese- und Befundbögen

3. Fallbesprechung: Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens drei Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kindesgesundheit im Dokumentationsraum

Disziplin	Teilnehmer	Name/Kürzel	Behandlungsbereich	Behandlungsdauer	Procedere
Arzt	<input type="checkbox"/>				
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>				
Psychologie	<input type="checkbox"/>				
Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>				
Neurobiologie	<input type="checkbox"/>				
Andere	<input type="checkbox"/>				

4. Fallkonferenz: Die Fallkonferenz muss protokolliert werden und findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zuzustand der Eltern/ Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten und mit Erstellung eines Therapie- und Befundprotokolls statt

Disziplin	Teilnehmer	Name/Kürzel	Behandlungsbereich	Behandlungsdauer	Procedere
Arzt	<input type="checkbox"/>				
Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>				
Jugendhilfe	<input type="checkbox"/>				
Psychologie	<input type="checkbox"/>				
Sozialarbeiter	<input type="checkbox"/>				
Sorgeberechtigte	<input type="checkbox"/>				

2013

Mitteilung

der
Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz
in der Medizin (DGKIM)

und der
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und
Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKiND)

vom 25.02.2018

Die Kinderschutzprozedur OPS 1.945.- wird jetzt **ERLÖSWIRKSAM**!



2018

→ von 04/2018 bis 09/2019:

Beratung von 26 Kliniken

Hauptprobleme:

- Multiprofessionelles Team
- MDK Rückfragen (Inhalte der Arztbriefe)
- Vergabe T74-Diagnosen
- ...

Bitte zur Teilnahme an der Umfrage der DG KiM (siehe Verteiler)

seit 02 / 2019

awmf.de
 kinderschutzleitlinie.de
 pilani.de
 dgkim.de

Rahmenbedingungen



Themen:

Partizipation von Kindern und Jugendlichen	Vorgehen im medizinischen Kinderschutz			
	Kooperation	Informationsaustausch	KKG	OPS 1-945

Erkennen von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen	
Eltern in Belastungssituationen	Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten
Kinder-Früherkennungsuntersuchung	Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung
Zahnärztliche Untersuchung	Neonatales Drogenentzugssyndrom

Diagnostische Methoden		
Strukturierte Befragung	Hämatome & thermische Verletzungen	Bildgebende Diagnostik
Untersuchung der Augen	Differentialdiagnosen	Sexueller Missbrauch

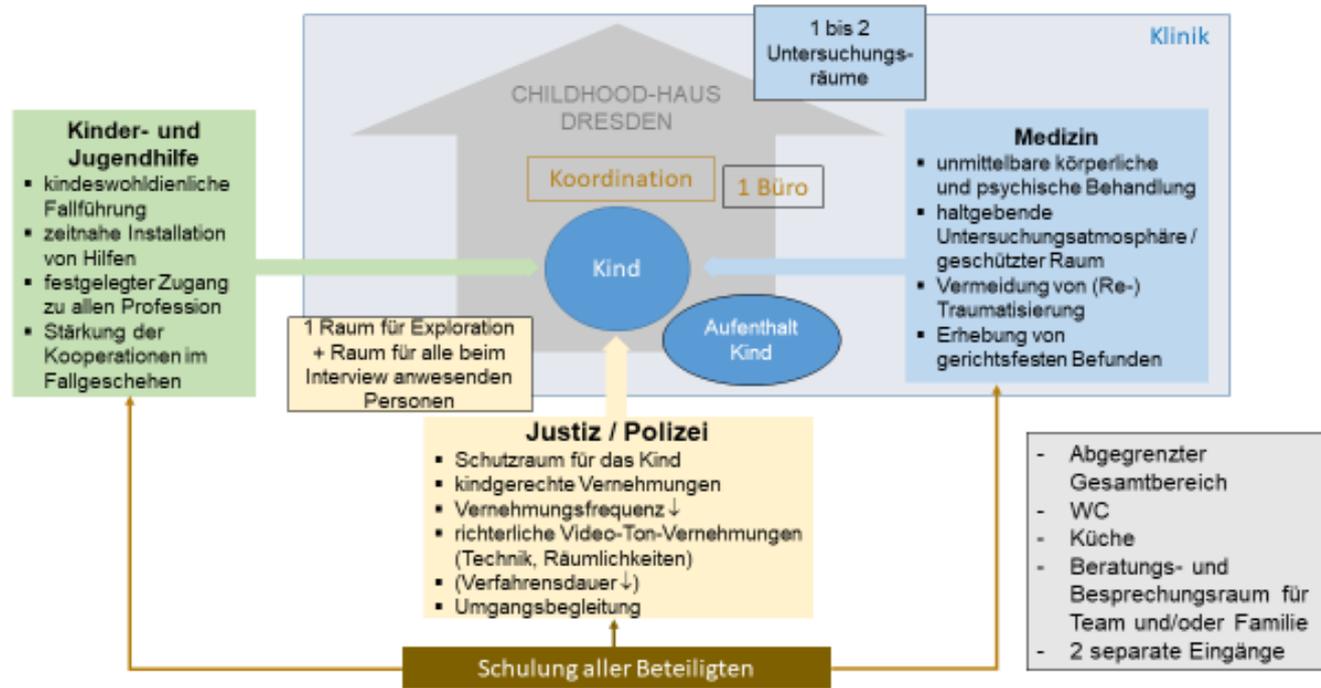
Geschwisterkinder

Interventionen für Eltern

Planung Fortbildung zu Inhalten der neuen S3-Leitlinie Kinderschutz an den Kliniken

- Innerhalb der klinikeigenen Fortbildungsformate
 - ReferentInnen: Kinderschutzgruppe der Klinik + Landeskoordinierungsstelle Med. Kinderschutz (+ Netzwerk)
 - Zielgruppe: Klinikpersonal (insbesondere Kinderklinik, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zahnmedizin, Gynäkologie, Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie, ...)
 - Inhalte:
 - Vorstellung der Kinderschutzgruppe an der Klinik (Erreichbarkeiten, Arbeitsweise, Vorgehen im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung)
 - Handlungsempfehlungen der neuen S3-Leitlinie Kinderschutz, die bspw. auch die Erwachsenenmedizin betreffen
-

Childhood-Haus

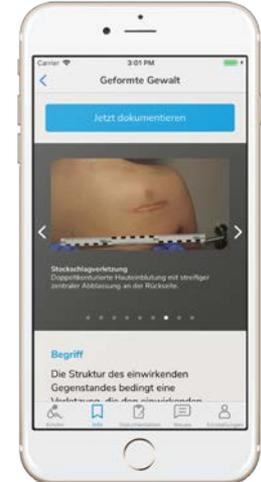
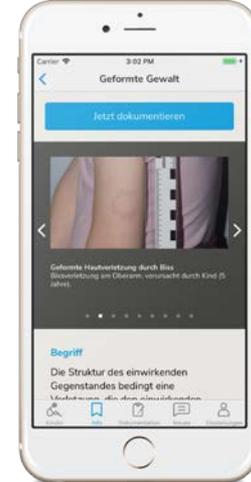
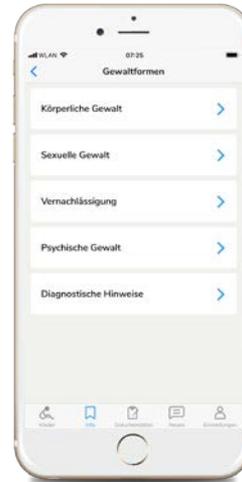
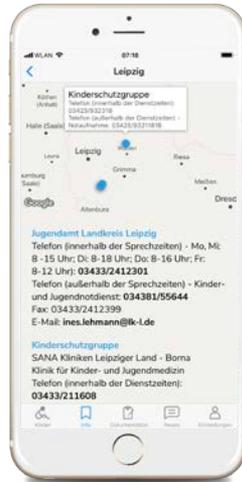
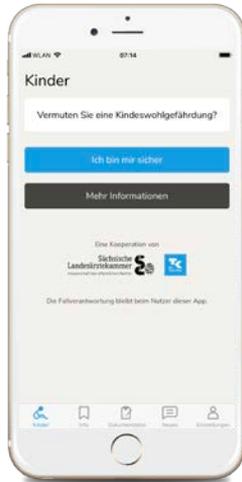


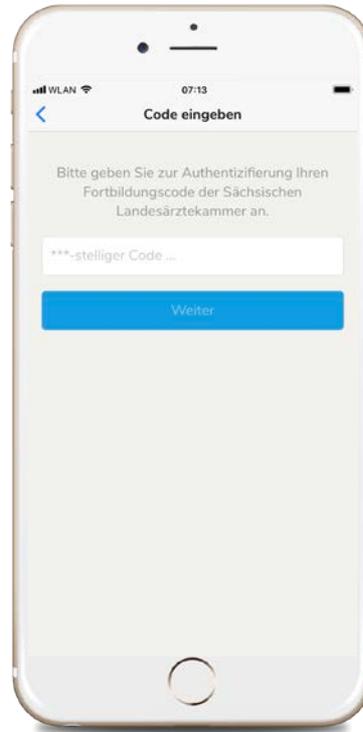
Aktueller Stand:

- gestaffelte Einreichung des Antrages 2020
- Errichtung eines Neubaus gemeinsam mit einem Dresdner Kinderhilfeverein auf dem Gelände des Universitätsklinikums Dresden
- Beantragung der Förderung der Baukosten bei der Stiftung „Ein Herz für Kinder“
- Unterstützung des Projektes auf breiter ministerieller Ebene



Sie können die Patientengruppe in den Einstellungen jederzeit ändern





Anmeldung

→ internetfähiges Endgerät zur Hand?

→ App-Store anklicken



→ in Suchfeld eingeben: Hans & Gretel

→ anklicken

→ installieren

→ jetzt registrieren

→ Fortbildungscode der SLÄK

→ weiter



Kinderschutzmedizin in Sachsen - Fachkräfteportal

[Aktuelles](#) [Kinderschutz an Kliniken](#) [Kinderschutz in der Niederlassung](#) [Fachhinweise](#) [Arbeitsmittel](#) [Projekt](#) [Kontakt](#)



Herzlich Willkommen

Im Fachkräfteportal Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen. Diese Homepage ist für Mediziner und Mitarbeiter im stationären und ambulanten Gesundheitswesen ausgerichtet. Sie soll als professionelle Hilfestellung im Verdachtsfall einer Kindeswohlgefährdung, beim Handeln im Kontext eines Hilfebedarfes oder beim Vermitteln Früher Hilfen zu verstehen sein.

Das Erkennen von Kindeswohlgefährdung ist ein komplexer Prozess mit einer Vielzahl von Akteuren aus Hilfe-, Unterstützungs- und Kontrollsystemen. Eine Zusammenarbeit zwischen den involvierten Professionen über die Systeme hinweg ist somit im Sinne des Kindeswohls absolut erforderlich. Daher wurde in den vergangenen Jahren die Stärkung bzw. Gründung von **Kinderschutzgruppen** an sächsischen Kliniken gefördert. Genaue Informationen zum Vorgehen beim Verdacht auf Kindeswohlgefährdung an Kliniken finden sie unter dem Menüpunkt **„Kinderschutz an Kliniken“**.

Innenhalb der ersten Lebensjahre stellen die niedergelassenen Pädagogen neben wenigen anderen Berufsgruppen die einzig regelmäßig kontaktierte Profession da, welche auch einen Vertrauensvorsprung bei jungen Eltern genießt. Bei sensiblen Umgang ist so eine frühzeitige Erkennung von Gefährdungslagen in der Familie möglich. Für diese sehr verantwortungsvolle Aufgabe soll der niedergelassene Pädagoge nun erste unterstützende Materialien und Kontaktdaten im Bereich **„Kinderschutz in der Niederlassung“** erhalten.

Die Fachkräfte erhalten außerdem Hinweise zu **aktuellen Veranstaltungen**, multidisziplinäre **Fachinformatarien** zum medizinischen Kinderschutz sowie einen direkten Zugang zu allen wichtigen **Materialien** und einer hilfreichen **Linksammlung** zum Thema.

Auf dieser Homepage sind außerdem Inhalte und Ergebnisse mehrerer medizinischer **Kinderschutzprojekte** (siehe **Projekt**) veröffentlicht, welche seit 2011 vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gefördert werden. Dabei wurden in Sachsen unter intensiver personalisierter Begleitung an 27 Kinderkliniken **Kinderschutzgruppen** geschaffen bzw. vorhandene gestärkt. Es wurden fachliche Standards eingeführt und ein vertrauenswürdiges Maßnahme- und Berichterstattungssystem der Kliniken und Kontrollstellen etabliert.

Kontakt

Projektkoordination

Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Anja Zschieschang
E-Mail: anja.zschieschang@uniklinikum-dresden.de
Dipl.-Sozialpäd. Juliane Krüger
E-Mail: juliane.krueger@uniklinikum-dresden.de

Telefon
(0351) 498 15925

Fax
(0351) 498 88 5925

Besucheradresse
UniversitätsKinderFrauenzentrum, Haus 21, Raum 4.345
Peterscherstraße 74
01307 Dresden

Postadresse
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
UniversitätsKinderFrauenzentrum, Postfach: 679
Peterscherstraße 74
01307 Dresden

Online Users:	1	
	Visitors	Visits
Today:	6	117
Yesterday:	12	347
Last 7 Days:	216	2.753
Last 30 Days:	874	12.120
Last 365 Days:	5.774	67.212
Total:	9.812	86.435

Stand 1.11.2018

Online Users:	1	
	Visitors	Visits
Today:	17	137
Yesterday:	22	191
Last 7 Days (Week):	168	1.686
Last 30 Days (Month):	604	5.774
Last 365 Days (Year):	7.265	66.002
Total:	16.188	139.990

Stand 1.10.2019



Diese Seite befindet sich gerade im Aufbau.

Kinderschutzgruppen

SANA Kliniken Leipziger Land
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fr. Dipl.-Psych. Burdack/ Fr. Dr. med. Schönbaoh/ Hr. Dr. med. Selke
Rudolf-Virchow-Str. 2
04562 Borna
Tel.: 03433/21608 od. 211624 od. 211604

[außerhalb der Dienstzeiten:](#)
Tel.: 03433/211615 (Kinderstation)
Tel.: 03443/211606 (Dienstarzt)

Muldentalkliniken gGmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fr. CA Dr. med. Gröger
Kulturstraße 70
04808 Wurzen
Tel.: 03425/932316

[außerhalb der Dienstzeiten:](#)
Tel.: 03425/932118-16 (Notaufnahme)

Jugendamt

Jugendamt Landkreis Leipzig
Stauffenbergstr. 4, Haus 6
04562 Borna
Mo + Mi: 8-15 Uhr
Di: 9-15 Uhr; Do: 9-16 Uhr; Fr: 9-12 Uhr
Tel.: 03433 241 2301
Fax: 03433 241 2399
E-Mail: ines.lehmann@jlk-l.de

[Schließzeiten:](#)
Tel.: 034351 55644 (Kinder- und Jugendnotdienst)

[Meldebogen KWG](#)

Insoweit erfahrene Fachkräfte

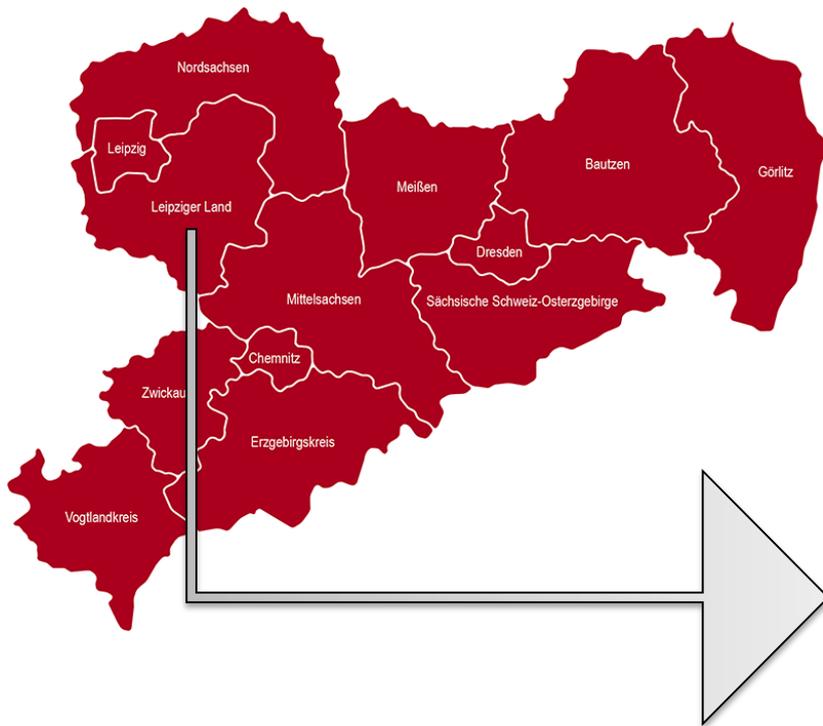
zu erfragen bei:
Anke Lungwitz (Kordinatorin des Netzwerkes für Kinderschutz und Frühe Hilfen im Landkreis Leipzig)
Tel: 03437 984 2352
Fax: 03437 984 99 2352
Mail: Anke.lungwitz@jlk-l.de

Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen

Anke Lungwitz
Tel: 03437 984 2352
Mail: anke.lungwitz@jlk-l.de

Anita Grunewald
Tel.: 03437 9842369
E: anita.grunewald@jlk-l.de
Fax: 03437 984 99 2352

Homepage: www.landkreisleipzig.de
Suchportale (zum Auffinden von Angeboten der Region): Suchbegriff auf der Homepage des Landkreises: Kinderschutz oder Frühe Hilfen



Ambulanter Sektor			Stationärer Sektor	
Qualitätszirkel niedergelassener Kinderärzte	Qualitätszirkel niedergelassener Ärzte (anderer Fachdisziplinen)	Fortbildung weiterer Berufsgruppen	Fortbildung an den Kliniken (regional)	Zentrale Fortbildung (Ort: SLÄK)
<p>Themen: „Medizinischer Kinderschutz im Wandel“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz ▪ S3-Leitlinie Kinderschutz ▪ Homepage (www.kinderschutz-sachsen.de) ▪ APP Hans & Gretel 	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gynäkologie ▪ Zahnmedizin ▪ Notärzte ▪ ... <p>Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgehen bei Verdacht auf KWG ▪ Rechtliche Grundlagen – Bundeskinderschutzgesetz ▪ Psychosoziale Risikofaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung ▪ Studenten (Sozialwesen) ▪ Jugendamtmitarbeiter ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinderschutz an der Klinik (S3-Leitlinie Kinderschutz unter besonderer Betrachtung der Schnittstellen in die Erwachsenenmedizin und ins Netzwerk) ▪ Kommunikation in bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung dazu Entwicklung von Lehrvideosequenzen (Kooperation mit dem Skills Lab (Med. Fak DD)???) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curriculum Medizinische Kinderschutzfachkraft ▪ Sozialdienst einer Klinik zum Vorgehen im Kinderschutzfall ▪ ...

Kontakt:

Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz

Sächsische Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Referat Medizinische und Ethische Sachfragen



Hausanschrift:

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

Postanschrift:

Postfach 100465, 01074 Dresden

Dr. rer. medic., Dipl.-Psych. Anja Zschieschang

Tel.: +49 (0351) 8267-126

Dipl.- Soz.päd. Juliane Straube-Krüger

Tel.: +49 (0351) 8267-127

Fax:

+49 (0351) 8267-312

E-Mail:

kinderschutz@slaek.de

a.zschieschang@slaek.de

j.straube-krueger@slaek.de

<http://www.slaek.de>

Homepage

<http://www.kinderschutzmedizin-sachsen.de>

Fallbesprechungen der Kinderschutzgruppen

Mitglieder der Kinderschutzgruppen

Fallbesprechungen der Kinderschutzgruppen

Fall 1

Fallbesprechungen der Kinderschutzgruppen

Fall 2



Dokumentation im Entlassbrief



2018:

- In 38 Fällen wurde das Zusatzentgelt abgerechnet
 - davon 25 Fälle 1-945.0
 - davon 13 Fälle 1-945.1

- In **9 der 38 Fälle** erfolgte eine Prüfung des Zusatzentgeltes durch den MDK
 - davon nach Prüfung positiv beschieden: 1 Fall
 - davon nach Prüfung negativ beschieden: 3 Fälle
 - Ablehnung erfolgte aufgrund unzureichender Dokumentation der geforderten Mindestmerkmale
 - 5 Fälle im Frühjahr 2019 noch offen



Status: **vidiert**

Hinweis: Es existiert bereits ein Arztbrief zum aktuellen Fall!

Empfänger:

Nachrichtlich an:

Sehr geehrte

wir berichten über die

Patientin

wohnhaft

geboren am

Aufnahmnr.

die sich in der Zeit vom in unserer stationären Behandlung befand.

- | | | |
|-------------------|--------------|---|
| Diagnosen: | S06.4 | Großes Epiduralhämatom rechts |
| | S02.0 | Schädeldachfraktur parietal rechts |
| | H35.6 | Beidseitige Retinablutungen |
| | T74.1 | V.a. Kindeswohlgefährdung |

Vorbelegung aus KCH Aufnahme Statusbogen vom 15.03.2018

Anamnese

Die Vorstellung der jungen Patientin erfolgte über die Kinderklinik-Notaufnahme um 22:55 Uhr akut durch beide Eltern bei Nichterweckbarkeit



Anamnese

Die Vorstellung der jungen Patientin erfolgte über die Kinderklinik-Notaufnahme um 22:55 Uhr akut durch beide Eltern bei Nichterweckbarkeit und blassem Hautkolorit.
Das Kind habe heute gegen 13 Uhr Brei erhalten, anschließend sei das Kind noch mal gestillt worden, anschließend habe sie von 14 Uhr bis 14:30 Uhr geschlafen und anschließend habe sie auf dem Sofa gespielt. Zur Sicherung werde der Couchtisch an das Sofa geschoben und mit einer Decke die Kante des Couchtisches gesichert. Die ältere Schwester (16) habe mit [REDACTED] auf der Couch gespielt. Die Mutter sei nicht im Zimmer gewesen, sei Wäsche abnehmen gewesen, habe aber vernommen, wie [REDACTED] plötzlich geschrien habe. Als die Mutter hinzukam habe [REDACTED] noch geschrien, aber sei rasch eingeschlafen. Dies sei gegen 16 Uhr gewesen. Seitdem sei sie zwischenzeitlich immer mal aufgewacht und habe immer mal wieder gewimmert, die Augen dabei kurz geöffnet, habe nach dem Elefanten-Kuscheltier gegriffen und diesen auch festgehalten.

Die Eltern haben das gemeinsame Sorgerecht und leben gemeinsam mit [REDACTED] in einem Haushalt. Sie hat zwei Geschwister (16 und 18 Jahre).

Befunde

5 1/2 Monate alte Patientin in deutlich reduziertem Allgemein- und schlankem Ernährungszustand. Somnolent/ schläfrig, initial wenig Reaktion auf Berührung mit Wimmern und Öffnung des linken Auges, im Verlauf keine Reaktion mehr auf Berührung, jedoch bei Anlage des peripheren Zugangs Streckung des entsprechenden Armes und Wimmern. Wir sehen weiterhin schwimmende Augenbewegungen beidseits und eine Konjunktivitis des rechten Auges. Kein Fieber. Deutlich blasses Hautkolorit, keine Marmorierung, keine Petechien, keine Hämatome, zentrale und periphere Rekapillarierungszeit um 3-4 Sekunden, Akren kühl. Am Abdomen diskret stehende Hautfalten, peripher erscheint der Turgor ausgeglichen, kein offensichtliches Ödem, kein Ekzem, kein Exanthem. Rechts parietal auffälliges subgaleales, fluktuierendes Hämatom, palpatorisch Fraktur der Kalotte. HNO: Nicht untersucht. Cor: normofrequent, Herztöne rein, Herzaktionen rhythmisch, kein Herzgeräusch. Pulmo: seitengleich ventiliert, keine Obstruktion, kein Stridor, keine Rasselgeräusch. Abdomen: Diskret stehende abdominelle Hautfalten, weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, keine Hepatosplenomegalie, Peristaltik regelrecht. Neuro: lethargisch/apathisch, GCS 6/15, keine meningitischen Zeichen, Fontanelle weich + im Niveau, Handgreif-/Fußgreifreflexe nicht auslösbar, Pupillen initial und im Verlauf in der Notaufnahme rund, mittelweit, isokor, direkte und indirekte Lichtreaktion prompt. Aktuelles Gewicht bei Übernahme von KIK-ITS: 7,5 kg

CT Schädel vom [REDACTED]

Ausgedehnte epidurale bikonvexe Hyperdensität mit hypodensen Anteilen rechts parietal und einer Breite von 46 mm. Konsekutiver Mittellinienverlagerung um ca. 12 mm sowie Kompression des rechten Seitenventrikels. Keine intrakraniellen Luftsinschlüsse. Regelrechte Differenzierung von Mark und Rinde. Basale Zisternen schmal. Fraktur des Os parietale rechts mit Dehiszenz von 5 mm.
Zusammenfassung: **Ausgeprägtes epidurales Hämatom rechts hemisphäriell bei Kalottenfraktur rechts parietal.**
Mittellinienverlagerung nach links und Kompression des rechten Seitenventrikels.

Röntgen Thorax vom [REDACTED]

Kein pathologischer Befund an Herz und Lunge.

MRT Schädel vom [REDACTED]

In den T2-gewichteten Sequenzen bei Zustand nach Operation fleckförmige Signalanhebungen im subkortikalen Marklager rechts parietal. Über der rechten Hemisphäre hyperintense subdurale Flüssigkeit und hypointense Luft. Geringe hypointense epidurale Blutbestandteile rechts parietooccipital. Hyperintens verdickte Kopfschwarte rechts temporoparietooccipital. Geringe bogenförmige Linksverlagerung der Mittellinie. Normalweites Ventrikelsystem und schmale äußere Liquorräume mit Abflachung rechts hemisphäriell. In den nativen T1-gewichteten Sequenzen stellt sich die subduralen Flüssigkeit rechtshemisphäriell gering signalangehoben zum Liquor dar und die Randzone des OP-Gebietes mit mehreren Millimetern und verdickten Hyperintensitäten. In den transversalen SWI-Sequenzen punktförmige Signalabsenkung entlang vom Tentorium und in der OP-Region rechts hemisphäriell. In den sagittalen Sequenzen Corpus callosum, Hirnstamm und Cerebellum regelrecht abgrenzbar. Altersphysiologische Hypophyse. Kein Nachweis einer Verlegung des Foramen magnum. In den diffusionsgewichteten Sequenzen fleckförmige Signalanhebung im subkortikalen Marklager rechts temporoparietal.
Zusammenfassung: **Zustand nach großem epiduralen Hämatom rechts parietal mit parietaler Kalottenfraktur fast vollständige Regredienz des Hämatoms mit residuellem subduralem Hygrom bis ca. 1 cm Breite. Subkortikale Traumafolgen rechts parietal und occipital. Normalweites Ventrikelsystem. Abflachung der äußeren Liquorräume rechts hemisphäriell. Konsekutiver Mittellinienverlagerung nach links und Kompression des rechten Seitenventrikels.**



Über der rechten Hemisphäre hyperintense subdurale Flüssigkeit und hypointense Lrt. Geringe hypointense epidurale Blutbestandteile rechts parietooccipital. Hyperintens verdickte Kopfschwarte rechts temporoparietooccipital. Geringe bogenförmige Linksverlagerung der Mittellinie. Normalweites Ventrikelsystem und schmale äußere Liquorräume mit Abflachung rechts hemisphäriell. In den nativen T1-gewichteten Sequenzen stellt sich die subdurale Flüssigkeit rechtshemisphäriell gering signal angehoben zum Liquor dar und die Randzone des OP-Gebietes mit mehreren Millimetern und verdickten Hyperintensitäten. In den transversalen SWI-Sequenzen punktförmige Signalabsenkung entlang vom Tentorium und in der OP-Region rechts hemisphäriell. In den sagittalen Sequenzen Corpus callosum, Hirnstamm und Cerebellum regelrecht abgrenzbar. Altersphysiologische Hypophyse. Kein Nachweis einer Verlegung des Foramen magnum. In den diffusionsgewichteten Sequenzen fleckförmige Signalanhebung im subkortikalen Marklager rechts temporoparietal. Zusammenfassung: Zustand nach großem epiduralen Hämatom rechts parietal mit parietaler Kalottenfraktur fast vollständige Regredienz des Hämatoms mit residuellem subduralem Hygrom bis ca. 1 cm Breite. Subkortikale Traumafolgen rechts parietal und occipital. Normalweites Ventrikelsystem. Abflachung der Hirnoberfläche rechts hemisphäriell. Kopfschwartenhämatom rechts hemisphäriell.

MRT Wirbelsäule vom [REDACTED]

In den sagittalen T2-gewichteten Sequenzen regelrechte Signalintensitätsverteilung im Knochenmarkraum der dargestellten Wirbelkörper (HWK 1 bis zum Os coccygis). Unauffällige dazwischen liegende Bandscheiben. Normal weiter Spinalkanal. Regelrechte Signalintensitätsverteilung im Myelon mit Conus medullaris in Höhe von LWK 2. Normal weiter perimedullärer Liquorraum. Zusammenfassung: Regelrechte Wirbelsäule. Unauffälliges Myelon. Kein Nachweis einer spinalen Traumafolge.

MRT Schädel vom [REDACTED]

Eingeschränkte Beurteilbarkeit durch Bewegungsartefakte. Normalweite innere und äußere Liquorräume. Schmales subdurales Hygrom rechts frontal.

Röntgen Skelett Ganzkörper vom [REDACTED]

Altersphysiologisches Skelett. Kein Nachweis von Traumafolgen.

Konsil Augenheilkunde vom [REDACTED]

Visus cc R/L: nicht prüfbar, keine Mitarbeit, schlechter AZ nach Sedierung
Motilität soweit prüfbar frei, kosm. Parallelstand,
Pupille in med. Mydriasis, Pupillenreaktion nicht prüfbar

vA R/L: reizfrei, altersentsprechend

Fundus R>L: multiple (> 20) retinale Fleck- und streifige Blutungen (in allen retinalen Schichten verteilt) in allen 4 Quadranten bis in die Peripherie reichend, v.a am hinteren Pol, sonst unauffällig, keine Stauungspapillen, Gefäße nicht gestaut, Netzhaut zirk. anliegend. Zur Zeit kein Anhalt für das Vorliegen einer akuten behandlungsbedürftigen ophthalmologischen Erkrankung. Wir bitten um WV nach Ihrer Maßgabe.

Konsil Hämostaseologie:

Die Gerinnungsdiagnostik erfolgte am 16.03.2018 mit Bestimmung von Blutbild, die Gerinnungsglobalteste (Quick, aPTT und Fibrinogen), Gerinnungsfaktoren VIII und XIII sowie die Willebrand Faktor-assoziierten Parameter; eine Thrombozytenfunktionsdiagnostik wurde nicht durchgeführt. Es zeigt sich eine reaktive Thrombozytose (mit einem Wert von etwa 1100 G/l), eine D-Dimererhöhung bei Z.n. intracerebraler Blutung mit operativer Ausräumung, ~~eine leichte Fibrinogenenerhöhung als Ausdruck einer Akutphase sowie ansonsten~~ Normalwerte für die genannten Gerinnungsparameter. Es besteht kein Anhalt für das Vorliegen einer schweren Gerinnungsstörung die aufgetretene intracerebrale Blutung ist zumindestens aus hämostaseologischer Sicht als adäquates Trauma für das Auftreten der epiduralen Blutung zu bezeichnen; wenn dies aus radiologischer, kinderchirurgischer und rechtsmed. Sicht ebenso beurteilt wird, ist eine Wiederholung der Gerinnungsdiagnostik (die jetzt sicher in einer Situation der Akutphase abgenommen wurde und daher das Vorliegen einer leichten Gerinnungsstörung nicht sicher ausschließen kann) nicht erforderlich; dies betrifft auch die Durchführung der Thrombozytenfunktionsdiagnostik, auf die aus hämostaseologischer Sicht verzichtet werden kann. Im Zweifelsfall Einbestellung des Kindes in etwa 3 - 4 Wochen in unsere Gerinnungsambulanz (Tel. 458 3487) nach telef. Anmeldung und mit Vorlage eines ÜW-Scheines vom ambulanten KA

Befund Physiotherapie:

Spontanmotorik: links auffällig verminderte Motorik. Die Zielgenauigkeit mit der dem linken Arm ist abgeschwächt.



Verlauf

Nachdem in der Kinderklinik-Notaufnahme zunächst bei V.a. auf einen Status epilepticus 5 mg Diazepam rektal verabreicht wurde, fiel bei der Untersuchung eine große, schwappende Schwellung rechts parietal auf, weshalb diese uns (Kinderchirurgie) sofort notfallmäßig hinzuzogen. Mit Verdacht auf eine parietale Schädeldachfraktur erfolgt sofort notfallmäßig ein CT Schädel. Hierin zeigte sich ein ausgeprägtes epidurales Hämatom rechts hemisphäriell mit Nachweis einer rechtsseitig parietalen Kalottenfraktur. Aufgrund einer Mittellinienverlagerung nach links und Kompression des rechten Seitenventrikels sowie beginnender Anisokorie und Bradykardien entschlossen wir uns zur sofortigen notfallmäßigen Kraniektomie. Die Kollegen der Neurochirurgie führten den Eingriff komplikationslos durch. Intaroperativ war die Transfusion von einem Erythrozytenkonzentrat und einem FFP notwendig. Die anschließende Übernahme auf unsere Kinderintensivstation erfolgte intubiert und beatmet. Postoperativ war die Gabe von Tranexamsäure notwendig, eine Kreislaufunterstützung mittels Katecholaminen war zu keiner Zeit erforderlich.

Postoperativ erfolgte eine MRT-Kontrolle am Folgetag, in welchem sich ein geringer Hygromsaum am ehesten als Residuum nach Hämatomentlastung zeigte. Dies wurde am [REDACTED] durch die Kollegen der Neurochirurgie durch Einlage einer subduralen Drainage abgelassen. Die Drainage förderte anfangs blutig tingierten, später klaren Liquor in geringer Menge, sodass diese am [REDACTED] entfernt werden konnte. Anschließend konnte [REDACTED] im Verlauf problemlos extubiert werden. Im Kontroll-MRT zeigte sich ein regelrechter postoperativer Befund. Nach Extubation klarte [REDACTED] zügig auf, grimassierte und zeigte Abwehrbewegungen beider Arme. Die Pupillomotorik war im Verlauf regelrecht. Nach Extubation fiel eine verringerte Motorik der linken Körperhälfte auf, welche auch im Verlauf durch die Kollegen der Physiotherapie weiterhin beobachtet wurden.

Bei weiterhin problemlosem intensivmedizinischen Aufenthalt erfolgte am [REDACTED] die Übernahme auf unsere kinderchirurgische Normalstation. Auch hier zeigte sich [REDACTED] neurologisch stabil und bis auf die leichte linksseitige Hemisymptomatik unauffällig. Der Kopfumfang nahm nicht vermehrt zu. Hierfür führten wir regelmäßige Beübungen mit Hilfe der Physiotherapie durch, welche unbedingt weitergeführt werden müssen. Der bei Primäroperation angelegte ZVK wurde am 7. postoperativen Tag problemlos entfernt. Die Fäden konnten bereits entfernt werden, die Wunden waren zu jeder Zeit trocken und reizlos. Der Kostaufbau gestaltete sich etwas problematisch, da [REDACTED] anfänglich auf Normalstation nur Trinkmengen von 6 x 40-50 ml Muttermilch von der Brust täglich abnahm und Flaschen- sowie Breinahrung konsequent ablehnte. Die Mutter hatte kurz vor dem Unfall bereits begonnen mit Breinahrung zu füttern, welches kurz toleriert wurde. Hier war es dann bei geringen Trinkmengen notwendig parenteral Flüssigkeit zu substituieren. Um auszuschließen, dass durch die zurückliegende Blutung keine Schluck- bzw. Koordinationsstörung vorliegt, zogen wir die Logopädie und die Neuropädiater konsiliarisch hinzu. Hierbei ergab sich kein Anhalt für solch eine Schluckstörung. Am ehesten ist die Nahrungsverweigerung somit dem Stress von Mutter und Kind in der aktuellen Situation geschuldet. Schlussendlich war es bei besseren Trinkmengen und Gewichtszunahme möglich die parenterale Flüssigkeitsgabe vor Entlassung wieder zu beenden.

Bei insgesamt fehlendem adäquaten Trauma für die ausgeprägten, lebensbedrohlichen Verletzungen involvierten wir unsere Kinderschutzgruppe und zogen die Kollegen der Rechtsmedizin hinzu, durch welche eine Fotodokumentation bereits am [REDACTED] erfolgte. Bei dem nun bestehendem Verdacht auf akute Kindeswohlgefährdung veranlassten wir daher weiterführende Diagnostik. Im MRT der Wirbelsäule sowie dem Ganzkörperskelettröntgen zeigte sich kein weiterer Anhalt für Traumafolgen oder Kindeswohlgefährdung. In der am [REDACTED] durchgeführten Untersuchung des Augenhintergrundes zeigten sich beidseitige, multiple (mehr als 20 jeweils) retinale Fleck- und Streifenblutungen (in allen retinalen Schichten verteilt) in allen 4 Quadranten bis in die Peripherie reichend und vor allem am hinteren Pol, jedoch kein Anhalt für Stauungspapillen oder gestaute Gefäße. Nach interdisziplinären Fallkonferenzen von Rechtsmedizin, Augenheilkunde, Kinderchirurgie, Radiologie sowie dem Sozialdienst kommen wir zu der Überzeugung, dass sich diese Verletzungen nicht komplett durch den momentan angegebenen Unfallmechanismus erklären lassen. Die vorliegenden Befunde sind nicht beweisend für ein Schütteltrauma, dies lässt sich jedoch ebenso wenig ausschließen. Insgesamt entschieden wir uns mit der Kinderschutzgruppe und genannten Fachdisziplinen dazu eine Kindeswohlgefährdungsmeldung zu stellen. Es erfolgte bereits während des stationären Aufenthaltes eine gemeinsame Konferenz mit den Eltern, dem Jugendamt sowie der Rechtsmedizin. Nach interner Beratung entschloss sich der zuständige [REDACTED] dazu, dass das Kind vor der geplanten Anschlussrehabilitation mit der Familie in die Häuslichkeit kann. Es ist geplant Hausbesuche zu machen sowie eine Familienhebamme zur Unterstützung zu installieren. Zusätzlich erfolgte durch die Rechtsmedizin eine Strafanzeige gegen Unbekannt. Die zuständige Kriminalpolizei hat bereits Kontakt mit der Familie aufgenommen.



Mindestmerkmale des OPS 1-945.*

(Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit)

- Es werden im **diagnostischen Einzelkontakt** durch die oben genannten Berufsgruppen **alle folgenden 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 mit mindestens 3 Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege** mit Dokumentation
 - Ggf. Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt



Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

- ❖ 1-945.0 – Ohne weitere Maßnahmen

- ❖ 1-945.1 – Mit Durchführung mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz
 - **Hinweis: Die Fallkonferenz findet unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie einem Vertreter der Jugendhilfe und zumeist der Eltern/Sorgeberechtigten mit einer Dauer von mindestens 30 Minuten mit Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes statt**



Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

Entlassungsbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über den

Patienten

geboren am

wohnhaft

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit vom in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: S06.5 Traumatische subdurale Blutung parietal beidseitig

T74.1 V.a. Kindeswohlgefährdung

S06.6 Traumatische subarachnoidale Blutung

S06.4 Intraspinales Epiduralhämatom

R56.8 Z.n. Todd'scher Parese

G81.9 Hemiparese der oberen Extremität links

Vorbelegung aus Aufnahmedokumentation vom 26.08.2019

Vorbelegung aus KCH Aufnahme Statusbogen vom 26.08.2019

Anamnese**Ausführliche ärztliche Anamnese nach Aufnahme**

war bei Z. n. fokalem Status epilepticus im Klinikum vorgestellt worden. Es wurde sonographisch eine SAB ohne Hirnmassenblutung nachgewiesen und im Anschluss in unsere Klinik verlegt. Er sei schläfrig gewesen und habe eine Hemiparese links der oberen Extremität gezeigt. Auf dem Transport zeigte er ein pathologisches Atemmuster, intermittierende Bradykardie und sei weiterhin schläfrig gewesen. Laut den Eltern habe kein Trauma stattgefunden. Er wurde auf die KIK-ITS aufgenommen. Es erfolgte in der MRT ein Nachweis von Subduralhämatomen parietal bds und subarachnoidalen Blutanteilen, sowie eines schmalen intraspinalen Epiduralhämatoms thorakolumbal ohne relevante raumfordernde Wirkung. Ophthalmologisch und röntgenologisch wurden keine weiteren pathologischen Befunde erhoben. Bei registrierten Krampfaquivalenten in dem EEG wurde die Therapie mit Keppra begonnen. Aufgrund der Verletzungen unklarer Genese wurden die Kollegen der Rechtsmedizin und nach Auswertung der Befunde der Sozialdienst der Kinderschutzgruppe hinzugezogen. Er wird bei stabilem Allgemeinzustand auf die Normalstation aufgenommen.

NB: Beckenriera links

Sozialanamnese

- Kindeseltern nicht verheiratet
- Sorgerecht liegt bei der KM und ihrem Noch-Ehemann (seit März 2018 getrennt), leiblicher Vater von hat kein Sorgerecht
- eine ältere Halbschwester (10 Jahre)



Befunde

Ki-MRT, Schädel, in Narkose, nativ + KM i.v., am [REDACTED]

Maximal ca. 7 mm breites Subduralhämatom über der rechten Konvexität und entlang des Interhemisphärenspaltes. Links parietal maximal ca. 5 mm breites Subduralhämatom sowie bds infratentoriell ebenfalls bis maximal ca. 4 mm breite Subduralhämatome, hier auch Nachweis subarachnoidaler Blutanteile. Keine Mittellinienverlagerung, normale weite innere Liquorräume ohne Anhalt für Liquoraufstau.

Konsil AUG - Befund vom [REDACTED]

Befund:

Fragestellung: Retinablutungen? Untersuchung auf Station mit Lidsperrer bds.

VA R/L:

Lider: reizfrei, Konj: reizfrei, HH: glatt/klar/spiegelnd, Iris: reizfrei, VK: optisch leer; Pupille: med. Mydriasis, rund; Lens: am Ort klar Fundus R/L in Mydriasis:

Papille: randscharf - vital - im Niveau - CDR 0.1, Makula grob intakt, Peripherie: unauffällig - Netzhaut anliegend

Diagnose(-n):

R/L. ophthalmologischer altersentsprechender Befund

Sono allg Abdomen, Nieren und ableitende Harnwege, am [REDACTED]

Beckenniere links ohne Stauungszeichen, sonst unauffälliges Abdomensonogramm.

Kinder-Neurophysiologie Befund vom [REDACTED]

Befund: Diagnosen

Z. n. akutem cerebralen Krampfanfall mit postiktaler Hemiparese links, Z. n. subduraler Blutung

Fragestellung: ETP?

Therapie

Levetiracetam 60 mg/kgKG/d

Befundbeschreibung

Ableitung im Ruhen bei geschlossenen Augen. Niedriggespannte Thetaaktivität bei 5 Hz, Amplituden bis 25 µV. Nachweis von subvigiler Betaaktivität bilateral asynchron, kurze Strecken in höhergespannter Theta-/Delta-Mischaktivität. Streng über rechts zentral (C4) plötzliches Auftreten eines fokalen Anfallsmusters über eine Dauer von 50 s mit Auftreten von rhythmischen 3/s-sharp waves. Dann erneut gegen Ende der Ableitung vereinzelt über dieser Region einzelne sharp waves.

Beurteilung: Pathologisches Wach-/Einschlaf-EEG eines 3 Monate alten Jungen mit Nachweis eines fokalen elektroenzephalographischen Anfalls über rechts zentral über eine Dauer von 50 s ohne einhergehendes klinisches Korrelat im Videomonitoring. Im Übrigen physiologische Graphoelemente des oberflächlichen Schlafes bis maximal NREM1. Keine Zeichen einer eng umschriebenen Herdstörung.

Klinische Stellungnahme

Nachweis fokaler Anfallsaktivität über rechts zentral. Fortführung der Levetiracetam-Monotherapie in hoher Dosierung empfohlen. Bei anhaltender postiktaler Parase kurzfristige EEG-Kontrolle, ggf. Erweiterung der antikonvulsiven Therapie um Oxcarbazepin.

Ki-MRT, Wirbelsäule, nativ, am [REDACTED]

Nachweis eines schmalen intraspinalen Epiduralhämatoms thorakolumbal ohne relevante raumfordernde Wirkung. Es besteht der dringende Verdacht auf eine Kindesmisshandlung mittels Schütteltrauma.

Keine Myelopathie oder Fraktur.



Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

REM Forensische Medizin Befund vom [REDACTED]

Befund: Nach Aufklärung der anwesenden Kindeseltern über Art, Umfang und Zweck der rechtsmedizinischen Untersuchung, diese mit fotografischer Befunddokumentation im Beisein der Kindeseltern durchgeführt.

Äußerlich außer Punktionsstellen nach Gefäßpunktionen am Kopf und am linken Handrücken keine traumatischen Befunde zu erheben.

Beurteilung: Beurteilung erst in Zusammenschau sämtlicher Befunde möglich.

Empfehlung: Helferkonferenz nach Eingang sämtlicher Befunde (Röntgen, spezielle Gerinnung, org. Säuren im Urin noch ausstehend).

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Schädel 2 Ebenen, am [REDACTED]

Unauffälliger Schädel / Gesichtsschädel, kein Anhalt für Frakturen. Nasal gelegte Magensonde. Flexüle links temporal.

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Thorax a.p., am [REDACTED]

Normal großes Herz und unauffälliger Mittelschatten. Regelrechte Hilus- und Lungengefäßzeichnung bei seitensymmetrisch belüfteten Lungen. Zwerchfell bds. glatt begrenzt, Randwinkel frei. Unauffällige Rippen. Magensonde

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Becken a.p., am [REDACTED]

Altersphysiologisches knöchernes Becken, keine frischen oder älteren Frakturen.

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Wirbelsäule seitlich, am [REDACTED]

Altersphysiologische Wirbelsäule, kein Anhalt für Frakturen oder Fehlbildung.

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Arm a.p. bds., am [REDACTED]

Altersphysiologische knöcherne Raum bds. kein Anhalt für frische oder ältere Frakturen.

Ki-Röntgen Schema bei Verdacht Kindesmißhandlung, Bein a.p. bds., am [REDACTED]

Altersphysiologisches knöchernes Becken kein Anhalt für frische oder ältere Frakturen.

Konsil KIK - Befund vom [REDACTED]

Befund:

keine postiktale Parese mehr nachweisbar; leichte "Dysmetrie" links > rechts; keine Tonusauffälligkeiten i.B. der linken oberen Extremität
EEG nach Akutereignis mit Nachweis fokaler sharp waves über der rechten Zentralregion (passend zur Todd'schen Parese)

Diagnose(-n):

Z.n. Todd'scher Parese

Empfehlung:

noch leichte residuelle "Dysmetrie" im Bereich der linken oberen Extremität

> Fortführung der Physiotherapie

> Levetiracetam über mind. 6-8 Wochen fortführen, dann EEG Kontrolle und schrittweises Absetzen möglich



Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

Sozialdienst-Kinderschutzgruppe

1. Interne interdisziplinäre Fallkonferenz am [REDACTED]

Teilnehmer:

Inhalt:

Einlieferung ins KH Bautzen durch Rettungsdienst nach Krampfanfall in der Häuslichkeit. Im durchgeführten Ultraschall v.a. subdurale Blutungen und anschließende Verlegung nach Dresden. Bestätigung von subduralen und epiduralen Blutungen im Kopf und Wirbelsäule im MRT UKD. Alle weiteren Befunde ohne pathologischen Befund. Ausführliche Gerinnung und Organische Säuren noch ausstehend, bisher aber kein Hinweis für diese sehr seltenen Erkrankungen. Es muss daher auch an eine mögliche Fremdeinwirkung (Schütteln) gedacht werden.

Procedere:

Befundbesprechung mit den Eltern, Kindeswohlgefährdungsmeldung an die Polizei (REM) und das Jugendamt (Sozialdienst)

2. Interdisziplinäre Helferkonferenz am [REDACTED]

Teilnehmer:

Inhalt:

Befunderläuterung, aktueller medizinischer Stand, medizinische Empfehlungen

Therapie- und Hilfeplan:

Aus Sicht des Jugendamtes kann eine Entlassung in den elterlichen Haushalt aufgrund der schweren Verletzungen nicht erfolgen. Es wird daher nach einer Pflegefamilie gesucht, die [REDACTED] nach Beendigung der Rehabilitation aufnehmen kann. Es handelt sich um eine vorübergehende Lösung, bis der Sachverhalt (entweder durch die Polizei oder die Eltern) aufgeklärt wurde. Es besteht die Möglichkeit von Besuchskontakten 1-2x / Woche im Jugendamt.

Pflege-Interaktionsbeobachtung

- Kindeseltern im Elternhaus aufgenommen
- Besuch täglich über mehrere Stunden
- im Großen und Ganzen liebevoller Umgang mit [REDACTED]
- KM wirkt teilweise demonstrativ, wenn Pflegepersonal mit anwesend
- häufig Beschäftigung mit Handy bei der KM beobachtet, auch bei gleichzeitiger Versorgung des Kindes
- unsicheres / unbeholfenes Handling beim Kindesvater beobachtet



Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

Verlauf

Bei stabilem Allgemeinzustand wird [REDACTED] von der Intensivstation auf unsere Normalstation übernommen. Wir bitten den ausführlichen Verlauf des ITS-Aufenthaltes dem gesonderten ITS-Brief zu entnehmen. Im Rahmen des Aufenthaltes auf ITS ergab ein EEG eine fokale Anfallsaktivität über rechts zentral, worauf eine Therapie mit Levetiracetam begonnen wurde, welche wir nach einer Kontroll-EEG mit Nachweis von fokalen sharp waves über der rechten Zentralregion, weshalb die Empfehlung der Fortführung der Therapie mit Keppra empfohlen wurde. Unter der ebenso empfohlenen physiotherapeutischen Behandlung besserte sich die oben beschriebene Hemiparese des linken Oberarmes, so dass zuletzt lediglich noch eine leichte residuelle "Dysmetrie" in diesem Bereich beobachtet wurde. Der Kostenaufbau nach der Übernahme von ITS wurde von [REDACTED] gut getragen.

Auf Grund der in der bildgebenden Diagnostik festgestellten subduralen cranialen Blutungen und der epiduralen Blutungen im Bereich der Wirbelsäule wurden die Kollegen der Rechtsmedizin hinzugezogen. Nach Abschluss aller Untersuchungen äußerten diese den hochgradigen Verdacht auf ein nicht unfallbedingtes Schädel-Hirn-Trauma als Ursache für die schweren Verletzungen. Konkret tritt die Befundkonstellation typischerweise bei einem schweren Schütteln des Kindes auf. Die Eltern gaben auf mehrfache Nachfrage stets an, keine Erklärung für die Verletzungen zu haben, es sei kein Trauma und kein Schütteln des Kindes erinnerlich.

Es erfolgte daher eine Kindeswohlgefährdungsmeldung an die Polizei zur Klärung des Verletzungshergangs sowie eine Meldung an das zuständige Jugendamt ([REDACTED]) durch den Sozialdienst der Kinderschutzgruppe. Am 30.08.2019 fand eine gemeinsame interdisziplinäre Helferkonferenz statt und es wurde ein Therapie- und Hilfeplan erstellt. Laut diesem ist eine Entlassung auf Grund der schweren Verletzungen in den elterlichen Haushalt nicht möglich. Der Junge wird daher zunächst von unserer Klinik direkt in die Rehabilitationsklinik Zscheckwitz zur Rehabilitationsbehandlung verlegt. Nach Beendigung der neurologischen Rehabilitationsbehandlung wird [REDACTED] voraussichtlich in eine Pflegefamilie entlassen werden. Hierzu sollen in Zscheckwitz während des dortigen Aufenthaltes weitere Beobachtungen des Eltern-Kind-Interaktionen und entsprechende Kontaktaufnahmen mit dem Jugendamt erfolgen. Weiterhin können die Kollegen aus Zscheckwitz sich jederzeit gern mit Fragen zum bisherigen und auch geplanten Procedere bei uns melden.

Die Entlassung von [REDACTED] erfolgt am 06.09.2019 in gutem Allgemeinzustand in die Rehabilitationsklinik Bavaria Zscheckwitz. Die Kindesmutter ([REDACTED]) in die Rehabilitationsklinik begleiten.

Therapieempfehlung

- Durchführung der geplanten neurologischen Rehabilitationsbehandlung in Kreischa mit regelmäßiger und intensiver Physio- und Ergotherapie, ggf. auch Hilfsmittelversorgung
- Levetiracetam über insgesamt mind. 6-8 Wochen fortführen, dann EEG-Kontrolle und ggf. schrittweises Absetzen möglich
- bei Krampfanfällen mit einer Dauer von mehr als 3 Minuten Gabe von 2,5 mg Diazepam rektal
- nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung ist nach Ergebnis der Helferkonferenz eine Entlassung in eine Pflegefamilie geplant
- wir empfehlen die regelmäßige Beobachtung/ Evaluation der Mutter-Kind-Interaktion, ggf. erneute Helferkonferenzen
- sofortige kinderchirurgische Wiedervorstellung des Kindes in unserer Rettungsstelle (Haus 32) bei Hinweisen für eine neurologische Verschlechterung
- wir empfehlen die Evaluation der Notwendigkeit der langfristigen Betreuung des Kindes in einem SPZ zur weiteren Frühförderung und ggf. Planung der Kita-Integration



Vielen Dank

Fallbesprechungen der Kinderschutzgruppen

Fall 3

Fallbesprechungen der Kinderschutzgruppen

Fall 4

Abschluss

Landeskoordinierungsstelle Medizinischer Kinderschutz

KOMMEN SIE GUT NACH HAUSE!