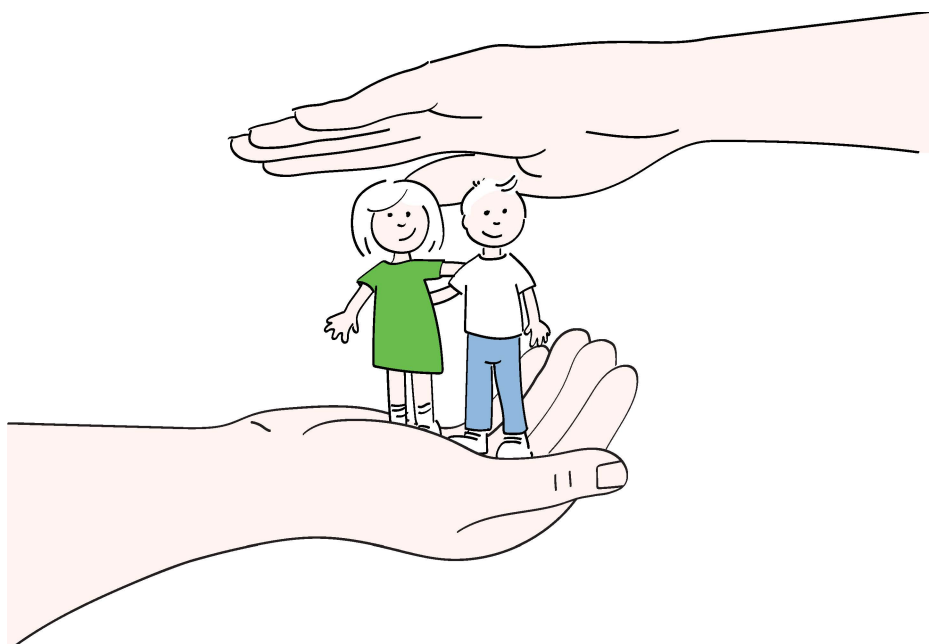


Anlage 1: MeKidS.best Handbuch

Handbuch für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz in Gesundheitseinrichtungen



Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Empfehlungen aus dem
Innovationsfondsprojekt
**MeKidS.best – Medizinischer
Kinderschutz im Ruhrgebiet**

Hinweis zur digitalen Version:

Um die Nutzung dieser digitalen Version zu erleichtern, sind alle Kapitel mit Lesezeichen verankert. Diese müssen im Acrobat-Reader auf der linken Seite ausgeklappt werden.

Die Verweise aus dem Inhaltsverzeichnis und auch die Verweise auf die Handlungsleitfäden sind ebenfalls verlinkt (der Mauszeiger verändert sich, wenn Sie über den Link gehen).

Die Verweise auf Internetseiten können Sie ebenfalls direkt anklicken.

HANDBUCH FÜR DIE IMPLEMENTIERUNG VON MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN

Empfehlungen aus dem Innovationsfondsprojekt
MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet

Herausgegeben von
MedEcon Ruhr
Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

Anmerkung zur Autorenschaft: Die Inhalte des Handbuchs wurden unter Mitwirkungen des gesamten MeKidS.best-Konsortiums unter Federführung von Frauke Schwier, Johannes Neumann, Dr. Laura Hörster, Inja Klinksiek und Berit Schoppen zusammengetragen.

AUTOR:INNEN

Christian Ahuis¹⁴, Beate Behm⁴, Gwendolin Behnke¹³, Dr. med. Nikola Blase¹⁹, Sandra Borgers¹⁴, Bettina Bösing¹³, Berit Brose⁷, Dr. med. Tanja Brüning²¹, Dr. med. Sabine Cagnoli¹³, Sandra Diekmann⁹, Dr. rer. medic. Tobias Falke¹⁵, Dr. med. Thomas Fischbach³, Dr. med. Britta Gahr²⁰, Dr. med. Kristina Gärtner⁸, Prof. Dr. sc. hum. Peter Haas¹¹, Dr. rer. medic. Antje Hammer³, Phillip Hendrik Höhne¹, Ann Katrin Hoischen²¹, Dr. rer. pol. Laura Hörster¹⁵, Dr. med. Marcel Jühling²⁰, Jennifer Kahl²¹, David Kierspel¹⁰, Dr. rer. nat. Sarah Klein-Radukic¹², Lara Kleinschmidt¹⁹, Inja Klinksiek¹⁵, Dr. med. Tülin Knipp¹², Eleni Kousia¹⁷, Lisa Kurylowicz⁶, Dr. med. Kathrin Leitsch¹⁶, Janis Liedmann¹¹, Sarah Lienesch¹⁴, Christopher Lindow⁸, Prof. Dr. med. Thomas Lücke¹⁸, Dr. med. Olivier Mboma¹³, Dr. med. Felicitas Mohr¹⁰, Dr. med. Nele Naboreit¹⁷, Dr. med. Monica Naujoks³, Johannes Neumann⁶, Dr. PH Silke Neusser⁹, Mareen Nörtemann⁸, Dr. med. Joachim Opp¹⁰, Prof. Dr. rer. medic. Thomas Ostermann¹⁶, Prof. Dr. med. Michael Paulussen¹⁶, Leon Philipp¹², Felix Plescher¹⁹, Matthias Preuße¹³, Dr. rer. nat. Simone Radtke⁵, Dr. med. Stefan Renz³, Dr. med. Elisabeth Resch¹⁸, Sarah Schlierenkamp⁹, Dr. med. Christiane Schmidt-Blecher², Prof. Dr. med. Dominik T. Schneider¹⁴, Dr. med. Linda Schonger¹⁴, Berit Schoppen¹⁵, Frank Schult¹³, Johanna Schweer¹⁸, Frauke Schwier⁶, Hanna Sohlbach²¹, Meike Stiene¹⁵, Dr. med. Anja Wasmuth¹⁶, Magnus Welz⁵, Dr. med. Andreas Wemhöner¹⁷

1 AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse; 2 Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH; 3 Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.; 4 DAK-Gesundheit; 5 DATATREE AG; 6 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin; 7 Die Techniker; 8 Elisabeth-Krankenhaus Essen; 9 Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH; 10 Evangelisches Krankenhaus Oberhausen; 11 Fachhochschule Dortmund; 12 Helios Klinikum Duisburg; 13 Helios Universitätsklinikum Wuppertal; 14 Klinikum Dortmund gGmbH, Westfälisches Kinderzentrum; 15 MedEcon Ruhr; 16 Universität Witten/Herdecke; 17 Marien Hospital Witten, St. Elisabeth Gruppe GmbH; 18 St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH; 19 Universität Duisburg-Essen; 20 Universitätsklinikum Düsseldorf; 21 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Mit fachlicher Unterstützung der LVR- (Sandra Eschweiler) und LWL- (Dr. Monika Weber) Landesjugendämter.

INHALTSVERZEICHNIS

Begleitworte	9
Vorwort	15
1 Einleitung	16
2 Kinderschutz und Medizinischer Kinderschutz	17
3 Potenziale und Restriktionen von medizinischem Kinderschutz in Deutschland	19
3.1 Die Entstehung von medizinischem Kinderschutz	19
3.2 Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie – Orientierung im medizinischen Kinderschutz	19
3.3 Bedingungen des medizinischen Kinderschutzes in Deutschland	20
3.3.1 Verantwortungsübernahme durch Gesundheitseinrichtungen	20
3.3.2 Finanzierung des medizinischen Beitrags im Kinderschutz	21
4 Das Innovationsfondsprojekt MeKidS.best – Pilot in Umsetzung und Implementierung der Leitlinienstandards	23
4.1 Standardisierter Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen	23
4.2 Zielgruppe des neuen Versorgungsangebots	24
4.3 Begleitende Evaluation für Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit	24
4.4 Das Projektkonsortium von MeKidS.best	25
5 Gegenstand der Implementierung im medizinischen Kinderschutz	27
5.1 Implementierungsgegenstand auf Verfahrensebene: Einschätzung des Gefährdungsrisikos	27
5.1.1 § 4 KKG als grundlegende Maßgabe für den medizinischen Kinderschutz	29
5.1.2 Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte	31
5.1.3 Versorgungsabläufe im medizinischen Kinderschutz	34
5.1.4 Instrumente der Verfahrensimplementierung	39
5.2 Implementierungsgegenstand auf Strukturebene: Personalstrukturen, Infrastrukturen und Netzwerkstrukturen	40
5.2.1 Personelle Zielsetzungen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz	41
5.2.2 Infrastrukturelle Zielsetzungen als Voraussetzung für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz	42
5.2.3 Netzwerkwerkstrukturen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz	42
5.2.4 Instrumente der Strukturimplementierung	43

6	Implementierungsprozesse in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen	44
6.1	Schritte des Implementierungsprozesses	44
6.2	Ziele des Implementierungsprozesses	44
6.3	Implementierungsprozess von medizinischem Kinderschutz entlang der Implementierungsschritte	46
7	Medizinischer Kinderschutz in der Perspektive	51
8	Weiterführende Links und Literatur	52
9	Verzeichnisse	54
	Literaturverzeichnis	
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	
10	Anhänge	
	Handungsleitfäden	
01.	HLF Gefährdungsrisiko (Kliniken)	57
02.	HLF Gefährdungsrisiko (Praxen)	63
03.	HLF Gesprächsführung (Kliniken + Praxen)	67
04.	HLF Dokumentation Patienteninfos (Kliniken)	77
05.	HLF Dokumentation Patienteninfos (Praxen)	83
06.	HLF Fotodokumentation (Kliniken + Praxen)	87
07.	HLF Akuter sexueller Übergriff (Kliniken)	93
08.	HLF Sexuelle Gewalt (Praxen)	107
09.	HLF Kinderschutzbrief (Kliniken)	115
10.	HLF Weitergabe Patienteninfos (Kliniken + Praxen)	119
11.	HLF Rechtsmedizin (Kliniken)	123
12.	HLF Polizei (Kliniken)	127
13.	HLF Ärztliche Stellungnahme (Kliniken + Praxen)	131
14.	HLF Sachverständige Zeug:innen (Kliniken)	135
	Vorlage	
	VL Meldebogen (Kliniken + Praxen)	137
	Checklisten	
	CL I Struktur (Kliniken)	139
	CL II Struktur (Praxen)	145

*Begleitwort des Ministers für Arbeit, Gesundheit
und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen,
Karl-Josef Laumann*

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Kinder brauchen ohne Wenn und Aber den Schutz der Gesellschaft und des Staates. Alle gesellschaftlichen Bereiche müsse ihre Kräfte mobilisieren und sich bestmöglich vernetzen, um Kinder und Jugendliche vor jeglicher Form von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung zu schützen. Die Akteure des Gesundheitswesens leisten dazu einen unverzichtbaren Beitrag.

Aber es braucht auch im Gesundheitswesen die richtigen Strukturen, damit Kindern und Jugendlichen schnell und wirksam geholfen werden kann. Mit dem Aufbau des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen (KKG NRW), der finanziellen Unterstützung der Kinderschutzambulanzen in Nordrhein-Westfalen und der rechtlichen Absicherung des interkollegialen Arzteaustauschs bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konnten wir bereits einige wichtige Aspekte im Bereich des medizinischen Kinderschutzes auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen umsetzen.

Das Projekt MeKidS.best nimmt weitere zentrale Aspekte des medizinischen Kinderschutzes in den Blick: Die Rolle des medizinischen Kinderschutzes als Partner der Jugendhilfe. Die Entwicklung und Erprobung von Standards für notwendige Prozesse und Strukturen. Und die Erarbeitung von Modellen zur möglichst kostendeckenden Finanzierung der Leistungen, die im medizinischen Kinderschutz erbracht werden.

Das nun vorliegende Handbuch dokumentiert die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes MeKidS.best und soll mit den erarbeiteten Handlungsleitfäden den Gesundheitseinrichtungen als Unterstützung bei der Implementierung von medizinischem Kinderschutz dienen. Ich wünsche mir, dass von diesem Handbuch zusätzliche gute Impulse für einen starken medizinischen Kinderschutz im Gesundheitswesen ausgehen.

Karl-Josef Laumann
Düsseldorf, August 2023

*Begleitwort des Staatssekretärs im Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen,
Lorenz Bahr*

Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen



Die in den letzten Jahren bekannt gewordenen tragischen Fälle von wiederholter und systematischer sexualisierter Gewalt gegen Kinder in Nordrhein-Westfalen haben die Notwendigkeit eines effektiven Kinderschutzes über die engen Grenzen der Kinder- und Jugendhilfe hinaus deutlich gemacht.

Längst ist klargeworden, dass es in der Zuständigkeit aller Institutionen und Fachkräfte, die beruflich mit Kindern arbeiten, liegt, für den Schutz von Kindern zu sorgen. Das Zusammenspiel insbesondere zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ist unter anderem entscheidend, um eine umfassende, frühzeitige und effektive Unterstützung von Kindern in gefährdeten Situationen zu gewährleisten. Nur durch eine enge Zusammenarbeit und Koordination in gemeinsamer Verantwortung kann sichergestellt werden, dass Kinder bestmöglich vor Gefahren geschützt werden und ihnen eine gesunde und sichere Entwicklung ermöglicht wird.

Als Staatssekretär des Ministeriums für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen bin ich überzeugt, dass das Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen (Landeskinderschutzgesetz NRW) einen guten rechtlichen Rahmen bietet, der einen effektiven Kinderschutz ermöglicht. Dieses Gesetz - darauf haben sich alle demokratischen Fraktionen im Landtag NRW verständigt - soll kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Mit und durch das Gesetz wird u.a. die Sicherung hoher fachlicher Standards und einem verbesserten Austausch insbesondere zwischen den Akteurinnen und Akteuren des interdisziplinären Kinderschutzes gewährleistet.

Nicht ohne Grund sind Ärztinnen und Ärzte explizit im Prozess des Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte bei einer Gefährdungseinschätzung in den Mindeststandards benannt und finden sich unter den Berufsgruppen der durch die Jugendämter einzurichtenden Netzwerke Kinderschutz wieder. Denn die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen ist von wesentlicher Bedeutung, um Kinder effektiv vor Gefahren zu schützen und sicherzustellen, dass sie die bestmögliche Unterstützung und Versorgung erhalten, wenn ihre Sicherheit und ihr Wohlergehen gefährdet sind.

Deshalb ist bei einer Weiterentwicklung landesgesetzlicher und bundesgesetzlicher Vorgaben zu prüfen, wie der rechtskreisübergreifende Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung besser verankert werden kann. Insofern ist zu prüfen, wie der medizinische Kinderschutz in den entsprechenden Gesetzen konkreter gefasst werden kann.

Denn Kinderschutz ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Lorenz Bahr,
Düsseldorf, August 2023

*Begleitwort des Vorsitzenden der Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin,
Bernd Herrmann*



Medizinischer Kinderschutz hat sich in den letzten anderthalb Jahrzehnten von einem Nischenthema zu einem eigenen, fundierten, differenzierten und inzwischen gut etablierten und den kindermedizinischen Fachgesellschaften breit akzeptierten medizinischen Fachgebiet entwickelt. Es zielt darauf ab von Gewalt und Vernachlässigung betroffene Kinder und Jugendliche mit hoher medizinischer Expertise zu versorgen. Aufgrund der oft lebenslangen Auswirkungen erfordert dies Aufmerksamkeit, evidenzbasierte fachliche Kenntnisse, rationale Diagnostik und Differenzialdiagnosen entsprechend aktueller Fachliteratur und der AWMF S3+ Leitlinie. Neben individuellem Engagement und qualitativ guter Aus- und Weiterbildung wird die Umsetzung jedoch erst durch ein strukturiertes, fachgerechtes Vorgehen der Verdachtsabklärung in Kliniken und Praxen möglich. Dazu braucht es Kompetenzen in der Erfassung und Beurteilung von familiären Risiken und Ressourcen, Rechtssicherheit und die Bereitschaft zu multiprofessionellem Handeln.

Während sich auf dieser Grundlage nahezu 200 Kinderschutzgruppen in deutschen Kliniken gegründet haben, wird dennoch das Potenzial des medizinischen Beitrags im Kinderschutz bei Weitem noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Derzeit bestehende Strukturen bauen auf einrichtungsspezifischem und persönlichem Engagement auf, kaum aber auf strukturierten Prozessen und Standards, auf die flächendeckend verlässlich zurückgegriffen werden kann. Das Positionspapier der DGKiM und der angeschlossenen Fachgesellschaft inklusive des Deutschen Ärztetages fordern, diese Versorgungslücke zu schließen und medizinischen Kinderschutz zu einem Bestandteil der Regelversorgung im Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

Und hier setzte das mit dem G-BA Innovationsfonds geförderte Projekt MeKidS.best – Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet an. In vorbildlicher Weise wurden exemplarisch in ausgewählten Kliniken und Praxen in guter Kooperation mit den jeweiligen Jugendämtern die oben genannten und geforderten Strukturen umgesetzt und in der Praxis erprobt. An diesem hervorragenden Modell und seiner bundesweiten Implementierung führt kein Weg vorbei, wollen sich politische Entscheidungsträger:innen und die Spitzenverbände im Gesundheitswesen am Anspruch messen lassen, misshandelten Kindern und Jugendlichen tatsächlich zu helfen und individuelles Leid und gesellschaftliche Fehlentwicklungen zu lindern.

Den beteiligten Akteur:innen von MedEcon Ruhr, der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen, aber insbesondere den Praktiker:innen vor Ort ist für ihr großes Engagement und Einsatz sehr zu danken. Dem Projekt wünsche ich Vorbildcharakter und bundesweite Verbreitung.

Dr. med. Bernd Herrmann
Kassel, August 2023

VORWORT

Schon früh wurde den Partnern in MeKidS.best deutlich, dass die Rahmenbedingungen für die Implementierung von medizinischem Kinderschutz im Ruhrgebiet durch das Innovationsfondsprojekt privilegiert und damit für eine deutschlandweite Umsetzung nur bedingt repräsentativ sind. Eine maßgebliche Besonderheit wurde dabei in der Bereitstellung von für den Kinderschutz benötigtem zusätzlichem Personal in den Kinder- und Jugendkliniken gesehen, durch die es ermöglicht wurde, Ressourcen in den Aufbau von Strukturen sowie von Netzwerken zu investieren. Als eine weitere Besonderheit wurde aber auch die kontinuierliche organisatorische sowie fachliche Unterstützung identifiziert, durch die es möglich war, mit 9 Kinder- und Jugendkliniken sowie 15 pädiatrischen Praxen und 20 Jugendämtern gemeinsam an der Übersetzung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in standardisierte und flächendeckend einheitliche Instrumente zu arbeiten.

Hieraus entstand die Motivation, Instrumente für die Übertragung der Erkenntnisse aus dem Projekt in weitere Institutionen und Regionen zu erarbeiten, damit auch dort Vernachlässigung, Misshandlung und sexuelle Gewalt bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und fachgerecht versorgt werden kann. So kann und soll das Potenzial des medizinischen Kinderschutzes genutzt werden und die Mitarbeiter:innen in medizinischen Einrichtungen sollen anhand von Strukturen und standardisierten Verfahrensweisen für diese Aufgaben gestärkt werden. Gleichzeitig können medizinische Einrichtungen auf diesem Weg auch der Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA in relevanten Teilen gerecht werden, dessen Ziel es ist, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, sie zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern.

Die Erstellung des Handbuchs basiert in weiten Teilen auf den Ergebnissen der Arbeitsgruppen der pädiatrischen Praxen sowie der Kinder- und Jugendkliniken im Projekt MeKidS.best, denen unser gesonderter Dank gilt. Gleichzeitig gilt unser Dank dem gesamten MeKidS.best Konsortium und seinen Kooperationspartnern, mit deren Hilfe die Umsetzung des medizinischen Kinderschutzes im Projekt immer wieder auf den Prüfstand gestellt und optimiert wurde. Ihre Erfahrungen und ihre Bereitschaft, Abläufe und Strukturen in ihren Institutionen zu verändern und sich aktiv mit der Thematik Kinderschutz auseinanderzusetzen, bilden die Grundlage für dieses Handbuch. Wir danken zudem allwen, die bereit sind, Strukturen und Abläufe in medizinischen Einrichtungen für den Schutz von Kindern und Jugendlichen zu implementieren und wünschen allen Leser:innen eine erkenntnisreiche Befassung mit der Thematik.

Frauke Schwier
Koblenz/Bochum, August 2023

Berit Schoppen

1. EINLEITUNG

Das Projekt MeKidS.best bot für pädiatrische Praxen und Kinder- und Jugendkliniken im Ruhrgebiet die Möglichkeit, die umfangreichen Anforderungen an den medizinischen Kinderschutz, die in der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie festgehalten wurden, in praktische Standards zu gießen, um diese in der Region zu erproben. Hierzu haben die gesundheitsversorgenden Einrichtungen gemeinsam mit den weiteren Konsortialpartnern aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der Wissenschaft und der verbandlichen und fachgesellschaftlichen Organisation 16 Monate nutzen können, in denen zunächst ein gemeinsames Verständnis dafür geschaffen wurde, welche Leistungen aus der Gesundheitsversorgung heraus für einen gelingenden und kooperativen Kinderschutz erbracht werden können. Es wurde auch ein gemeinsames Verständnis für die zugehörigen Anforderungen an die strukturellen sowie die verfahrensbezogenen Voraussetzungen geschaffen, derer es bedarf, um einen solchen Kinderschutz mit Leben zu füllen. Mitarbeiter:innen in Krankenhäusern und pädiatrischen Praxen müssen für die Wahrnehmung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung sensibilisiert werden. Im Weiteren erfordert es Handlungssicherheit, den eigentlichen Abklärungsprozess bei einem aufkommenden Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie das Agieren bei einer etwaig notwendigen Intervention und Überleitung in weiterführende Hilfesysteme wie der Jugendhilfe zu initiieren.

Hierfür konnten in MeKidS.best unter der fachlichen Anleitung der *Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)* Instrumente entwickelt werden, mit deren Hilfe die notwendigen Standards in den Einrichtungen implementiert wurden. Die zwei Jahre der Erprobung wurden genutzt, um diese Instrumente nicht nur zu testen, sondern im gemeinschaftlichen Diskurs kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Auch nach der Projektlaufzeit wird dieser kontinuierliche Implementierungsprozess fortgesetzt, da es einer immer wiederkehrenden Überprüfung der Standards, ihrer Qualität sowie der Qualität ihrer Umsetzung bedarf.

Mit diesem Handbuch möchte das Konsortium von MeKidS.best alle interessierten Institutionen und Personen, die sich mit medizinischem Kinderschutz befassen möchten, an den Erkenntnissen und Ergebnissen der umfangreichen Implementierungsprozesse des Projekts teilhaben lassen. Aus dem Projekt heraus wurden Instrumente in Form von Checklisten, Ablaufschemata und Handlungsleitfäden entwickelt, mit deren Hilfe die Versorgung im medizinischen Kinderschutz abgebildet wird und die bei der Implementierung von Standards Unterstützung bieten. Dabei sind die einzelnen Instrumente – insbesondere die Handlungsleitfäden – in ihrem Gegenstand, in ihrer Tiefe und ihrer Darstellung z.T. sehr unterschiedlich, wodurch der Vielzahl der Aspekte im medizinischen Kinderschutz Rechnung getragen wird.

2. KINDERSCHUTZ UND MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ

Kinderschutz

Der Begriff des Kinderschutzes ist zunächst maßgeblich aus dem Wirkungsbereich der Jugendhilfe geprägt. Entsprechend dem umfassenden Verständnis des *Gesetzes zum Über-einkommen über die Rechte des Kindes* vom 20. November 1989 bedeutet Kinderschutz die Verhinderung des Eingreifens in die dort definierten kindesbezogenen Rechte, mit besonderem Blick auf das Recht auf Leben, Identität und Entwicklung. Insofern ist Kinderschutz sowohl interventionell als auch präventiv zu verstehen.

Das primäre Recht sowie die primäre Pflicht zur Sicherstellung des Kindeswohls obliegt den Erziehungsberechtigten. Das Wächteramt über das Wohl des Kindes – also die schluss-endeilige Aufsicht darüber, dass von allen anderen zuständigen Personen und Institutionen der Schutz des Kindeswohls in ausreichendem Maße gewährleistet wird – obliegt dem jeweils zuständigen Jugendamt und ist über den § 8a SGB VIII *Schutzauftrag bei Kindes-wohlgefährdung* definiert. Nichtsdestoweniger ist Kinderschutz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu der alle Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen betraut sind, unabhängig von ihrer Rechtsform oder Trägerschaft, sowie alle Privatpersonen verpflichtet sind (Landeskinderschutzgesetz NRW 2022).

Medizinischer Kinderschutz

Berufsgruppen im Gesundheitswesen können in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sein. Dies betrifft sowohl unterschiedliche medizinische Disziplinen (Kinder- und Jugendärzt:innen, Kinderchirurg:innen, Rechtsmediziner:innen, etc.), unterschiedliche Professionen (Pflegekräfte, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, etc.) unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte (Klinik, Praxis, Institute, öffentlicher Gesundheitsdienst, etc.) sowie die Schnittstelle zum nichtmedizinischen, multiprofessionellen Kinderschutz. Der medizinische Kinderschutz beinhaltet mit der Diagnostik, Intervention, Prävention und der Partizipation an den Frühen Hilfen verschiedene Bausteine, die ihrerseits wiederum Eingang in die wissenschaftliche Forschung, Lehre und Weiterbildung finden müssen. Für all diese Bereiche hat sich mittlerweile der Oberbegriff des „medizinischen Kinderschutzes“ oder des „Kinderschutzes in der Medizin“ etabliert. Dieser ist somit nicht einer einzelnen Berufsgruppe oder Institutionsform zuzuordnen und hat sich in der letzten Dekade als neues, komplexes, herausforderndes und über die Pädiatrie hinausgehendes Fachgebiet etabliert (Herrmann et al. 2016a).

Erziehungsberechtigte:

Die Erziehungsberechtigung ist über das Grundgesetz (Artikel 6) geregelt. In der Regel steht den Eltern eines Kindes bzw. Jugendlichen die Erziehungsbe-rechtigung zu. Sollte das Wohl in der Familie – bei den Eltern – gefährdet sein oder die Erziehungsberechtigten versagen, so kann die Personensorge auch von Dritten übernommen werden (z.B. Vormund). Mit Vorstellung eines Kindes bzw. Jugendlichen zur medi-zinischen Abklärung bzw. einer etwaigen Abklärung eines Verdachts auf Kindeswohl-gefährdung ist auch immer die Frage nach der Erziehungsberechtigung zu klären und die Einbindung zu prüfen.

Kindeswohlgefährdung

Kinderschutz ist immer dort angezeigt, wo eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt, beginnt aber bereits mit dem Verdacht auf eine solche Gefährdung. Der Begriff der *Kindeswohlgefährdung* ist über den § 1666 BGB sowie über den § 8 SGB VIII juristisch belegt. Definiert wurde er mit einem Urteil des Bundesgerichtshofs im Jahre 1956 und ist im Nachgang in verschiedenen Beschlüssen folgendermaßen zitiert:

„Eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 Abs. 1 BGB liegt vor, wenn eine gegenwärtige, in einem solchen Maß vorhandene Gefahr festgestellt wird, dass bei der weiteren Entwicklung der Dinge eine erhebliche Schädigung des geistigen oder leiblichen Wohls des Kindes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts sind dabei umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt.“
(BGH 23.11.2016 - XII ZB 149/16)

Kindeswohlgefährdung kann mit der (körperlichen oder seelischen) Misshandlung, sexualisierter Gewalt oder der Vernachlässigung verschiedene Ausprägung haben, die ihrerseits das Wohl des Kindes auf unterschiedliche Weise beeinträchtigen oder akut gefährden können. Möglich sind auch Kombinationen dieser Formen.

3. POTENZIALE UND RESTRIKTIONEN VON MEDIZINISCHEM KINDERSCHUTZ IN DEUTSCHLAND

3.1 Die Entstehung von medizinischem Kinderschutz

Historisch gesehen können erste Ansätze und damit die Wurzel des medizinischen Kinderschutzes bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden. Bereits in den 1860er-Jahren publizierte der französische Professor der Rechtsmedizin Auguste Ambroise Tardieu Beobachtungen zu Kindesmisshandlungen und -missbrauch (Tardieu 2008). Im 20. Jahrhundert wurde im Jahr 1946 durch den New Yorker Kinderradiologen John Caffey erstmals die Assoziation multipler Frakturen mit subduralen Hämatomen beschrieben (Caffey 1946). Eine allgemeinere Begrifflichkeit, die im weiteren Verlauf kontrovers diskutiert und zur heutigen Zeit als Begriff keine Berücksichtigung mehr findet, führte im Jahr 1961 der in Deutschland geborene Pädiater C. Henry Kempe mit dem „battered child syndrome“ ein (Kempe et al. 1962). Es war dann ebenfalls Kempe der gemeinsam mit Ray E. Helfer kurz darauf das erste medizinische Lehrbuch zu dieser Thematik herausbrachte. In den 1980er-Jahren wurden dann erstmals in Publikationen das Schütteltrauma „whiplash shaken infant syndrome“ (Caffey 1972) und Münchhausen-by-proxy-Syndrom „Munchausen syndrome by proxy“ (Meadow 1977) als eine Variante der Kindesmisshandlung beschrieben. (Schwier et al. 2019)

Eine intensivere und zusammenhängende Auseinandersetzung mit medizinischem Kinderschutz setzte in Deutschland erst 2003 mit den Kasseler Fortbildungen ein, die regelmäßig mit einer multiprofessionellen Ausrichtung stattfanden und weiterhin auch stattfinden. Gefolgt von der Veröffentlichung der S2-Leitlinie *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (Herrmann et al. 2016a) und einem ersten deutschen medizinischen Fachbuch zu dem Thema, rückt der medizinische Kinderschutz zunehmend in das Licht der (Fach-)Öffentlichkeit. Im Jahr 2008 wird schließlich die *Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin*, die ab 2016 als *Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin* bekannt ist, gegründet (www.dgkim.de). Gemeinsam mit der *Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin* erarbeitet die DGKiM im Jahr 2010 Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken und setzt nicht zuletzt mit der in 2019 veröffentlichten interdisziplinären AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie wesentliche und richtungsweisenden Impulse.

3.2 Die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie – Orientierung im medizinischen Kinderschutz

Seine fachliche Etablierung fand der medizinische Kinderschutz in Deutschland mit der *AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik* (Kinderschutzleitlinienbüro 2019), die mit Unterstützung des *Bundesministeriums für Gesundheit* erstellt und im Februar 2019 veröffentlicht wurde. Ihre Erstellung erfolgte unter Mitwirkung von 82 Fachgesellschaften aus den verschiedenen mit dem (medizinischen) Kinderschutz befassten Bereichen – allen voran dem Gesundheitswesen, aber auch der Jugendhilfe und dem Bildungsbereich – unter der Federführung der *Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)*.

3. POTENZIALE UND RESTRIKTIONEN

„Ein Ziel der Leitlinie ist es, Anhaltspunkte wie eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch zu objektivieren, die Prognose im Hinblick auf eine Gefährdung des Kindes zu erstellen und diese Einschätzung sicher zu vermitteln“ (Kinderschutzleitlinienbüro 2019).

Die Leitlinie beschreibt insbesondere

- Hinweise zur Erkennung von Hilfe- oder Unterstützungsbedarfen von Kindern bzw. Jugendlichen,
- diagnostische Methoden zur Abklärung dieser Hinweise,
- Möglichkeiten zur partizipativen Einbindung der Kinder bzw. Jugendlichen in den Abklärungsprozess und
- die kooperative Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren des Kinderschutzes aus dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe.

Als einen wichtigen Baustein des medizinischen Kinderschutzes, der unabhängig von einzelnen Kinderschutzfällen und den einzelnen Abklärungsprozessen von der Kinderschutzleitlinie hervorgehoben wird, ist die Notwendigkeit von Kooperations- und Netzwerkbeziehungen auf systemischer Ebene als unerlässliche Voraussetzung für die Umsetzung von Maßnahmen des medizinischen Kinderschutzes.

Als Ziel und Auftrag in der Gesundheitsversorgung von Minderjährigen mit Hinweisen auf eine Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und/oder -missbrauch wird in diesem Handbuch eine leitliniengerechte Versorgung vorausgesetzt. Auf diese Versorgung beziehen sich auch die zu implementierenden Standards.

3.3 Bedingungen des medizinischen Kinderschutzes in Deutschland

3.3.1 Verantwortungsübernahme durch Gesundheitseinrichtungen

Die Auswirkungen von körperlicher und psychischer Misshandlung, sexueller Gewalt und Vernachlässigung von Kindern bzw. Jugendlichen machen deutlich, dass Kinderschutz in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegen muss. Im Kinderschutz kommt insbesondere der Medizin eine zunehmende Bedeutung zu. Denn nur wenn es gelingt, Verdachtsmomente zeitnah und effizient auszuräumen bzw. einen Verdacht rechtssicher begründet zu bestätigen, können Familien passgenau unterstützt werden.

Ebenso müssen die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen adäquat behandelt und nachbetreut werden. Nicht detektierte oder nicht durch die Hilfesysteme aufgefangene Fälle von Kindeswohlgefährdung ziehen dagegen weitreichende Folgen nach sich, die mit der individuellen Kindesentwicklung sowie mit gesellschaftlichen Folgekosten zusammenhängen.

Auswirkungen von Kindeswohlgefährdung

auf die individuelle Entwicklung

psychische Traumatisierung,
sozialmedizinische Problemstellungen
(Entwicklungsverzögerungen, Bindungsstörungen,
Probleme der sozialen Anpassung),
Schlafstörungen, Essstörungen, Leistungsdefizite,
chronische Schmerzzustände ohne organische Ursachen
u.v.m.

auf gesellschaftliche Folgekosten

Gesundheitsausgaben (Akutbehandlung, Behandlung
psychischer und psychosomatischer Folgeerkrankungen,
Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen),
verminderte Berufschancen (inkl. verminderter
Sozialversicherungsbeiträge o. soziale Sicherungsleistungen),
erhöhtes Kriminalitätsrisiko

Abbildung 1: Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen (eigene Darstellung)

Zwar ist eine Einbindung der medizinischen Diagnostik, Befundung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos in die Prozesse der entsprechenden Gefährdungseinschätzung der Jugendämter vorgesehen, kann aber nicht systematisch erfolgen. Dies hängt vor allem mit den fehlenden Strukturen für einen einheitlichen und flächendeckenden kooperativen Kinderschutz in der Medizin zusammen.

Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen können in ihren verschiedenen institutionellen Kontexten (Kliniken, Praxen, Instituten, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, etc.) in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sein. Der medizinische Beitrag zum Kinderschutz kann dabei mit Diagnostik, med. Intervention/ Kuration, Prävention, Einschätzung des Gefährdungsrisikos und der Weiterleitung in die Hilfesysteme verschiedene Handlungsfelder umfassen. Je nach Art der Kindeswohlgefährdung und je nach Funktion und Spezialisierung der verschiedenen Gesundheitsberufe ergeben sich unterschiedliche Schwerpunkte ihres Beitrags zum Kinderschutz. Hieraus resultiert der Anspruch, dass medizinischer Kinderschutz multiprofessionell aufgestellt sein sollte (Schwier et al. 2019).

3.3.2 Finanzierung des medizinischen Beitrags im Kinderschutz

Aufgrund seiner derzeitigen Organisation und Ausgestaltung bleibt der medizinische Kinderschutz weitgehend hinter seinen Möglichkeiten zurück. So ist er zwar in seinem Leistungsprofil über die Kinderschutzleitlinie definiert, in seiner Leistungsstruktur aber stark fragmen-

3. POTENZIALE UND RESTRIKTIONEN

tiert und kann in seinen Leistungsprozessen kaum auf einheitlich implementierte Standards zurückgreifen. Dies hängt maßgeblich mit einer uneinheitlichen, teilweise prekären und größtenteils gar nicht vorhandenen Finanzierung der Leistungen zusammen. Daher sind Gesundheitseinrichtungen mit dem medizinischen Kinderschutz als Kooperationspartner der Jugendhilfe nicht ausreichend aufgestellt. Eine Erfüllung der Anforderungen des *Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)* an einen kooperativen Kinderschutz ist nur punktuell, nicht aber strukturell gewährleistet. Diese Situation geht zulasten einer hohen Zahl betroffener Kinder bzw. Jugendlichen, die zwar an den verschiedensten Stellen mit den Hilfesystemen in Kontakt kommen, denen aber die medizinische Expertise häufig in nicht ausreichendem Maße oder gar nicht zukommt.

Medizinischer Kinderschutz ist nicht Bestandteil der Regelversorgung und weder stationär noch ambulant sind Abrechnungsmodi vorhanden, mittels derer der Aufwand einer medizinischen Abklärung als Teil einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos abgebildet werden kann. Vielmehr bezieht sich die derzeitige GKV-Regelfinanzierung ausschließlich auf kurative Maßnahmen. Zwar existiert mit dem *Operationen- und Prozedurenschlüssel zur Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945)* eine eingeschränkte Abrechnungsmöglichkeit. Diese steht jedoch ausschließlich für den stationären Bereich in Krankenhäusern zur Verfügung. Insofern sind ambulant behandelte Kinder und Jugendliche sowie die Versorgung in pädiatrischen Praxen nicht inbegriffen. Zudem muss die Vergütung für diese Leistungen von jeder Einrichtung individuell im Rahmen der Budgetverhandlungen ausgehandelt werden, stehen aber dadurch mit anderen Kostenverhandlungen der Einrichtungen in Konkurrenz (Schwier et al. 2019). Für den ambulanten Bereich in Kinder- und Jugendkliniken ergänzen einige wenige selektivvertragliche Regelungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Kinder- und Jugendkliniken die Finanzierung.

Derzeit adressiert keiner der Finanzierungsansätze die Abdeckung der kontinuierlichen Netzwerkarbeit, die als Voraussetzung gelten muss, um medizinischen Kinderschutz im Versorgungsfall im Sinne der Kinder bzw. Jugendlichen effizient betreiben zu können.

4. DAS INNOVATIONSFONDSPROJEKT MEKIDS.BEST - PILOT IN UMSETZUNG UND IMPLEMENTIERTUNG DER LEITLINIENSTANDARDS

Das über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt *Medizinischer Kinderschutz im Ruhrgebiet – Einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung, MeKidS.best* ist im Jahr 2019 mit dem Ziel angetreten, für den medizinischen Kinderschutz eine standardbasierte und regelhafte, sektorenübergreifende und in lokalen und regionalen Netzwerken flächendeckend realisierbare Versorgungsform zu konzipieren und zu erproben.

MeKidS.best hatte den Anspruch, pädiatrische Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken dafür aufzustellen, als leistungsfähige Partner im Kinderschutz agieren zu können. Hierfür galt es, auf Basis der Kinderschutzleitlinie standardisierte Strukturen zu schaffen und so die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von Leistungen im medizinischen Kinderschutz sowie eine systematische Einbindung dieser Leistungen in sektoren- und SGB-übergreifend agierende lokale Netzwerke zu schaffen. Der Erfolg des Vorhabens wurde neben der Umsetzung der Kinderschutzleitlinie nicht zuletzt an einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitseinrichtungen untereinander als auch mit den kommunalen Jugendämtern gemessen.

4.1 Standardisierter Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen

Den Kern der neuen Versorgungsform in MeKidS.best bildeten die Kinder- und Jugendkliniken (= MeKidS.units), die als zentrale Institutionen feste Strukturen vorhalten und somit ein verlässliches Angebot für pädiatrische Praxen sowie für lokale Jugendämter boten. Hierfür galt es, in den Kinder- und Jugendkliniken sowohl die strukturellen Voraussetzungen einer interprofessionell besetzten Kinderschutzgruppe (= MeKidS.team) und einer entsprechenden Ausstattung mit Räumlichkeiten, Materialien und Dokumentationssystematiken sicherzustellen als auch geeignete Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zu weiterführenden Akteuren im Kinderschutz zu etablieren. Gleichzeitig wurden pädiatrische Praxen (= MeKidS. Praxen) kinderschutzfachlich geschult. In übergreifenden Netzwerktreffen wurde darüber hinaus der Kontakt zu lokalen Netzwerkstrukturen angebahnt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Etablierung einheitlicher, strukturierter und regional übergreifend gültiger Prozesse in der Abklärung von Verdachtsfällen und der Versorgung.

Der Aufbau von Versorgungsstrukturen in Netzwerken um die Kinder- und Jugendkliniken gewährleistet eine optimale Übertragbarkeit über die Pilotregion des Ruhrgebiets hinaus, da auf den bundesweit bestehenden Strukturen der pädiatrischen krankenhäuslichen Versorgung in Kombination mit der kassenärztlichen pädiatrischen Versorgung aufgesetzt wurde. Dies ermöglicht perspektivisch eine Skalierung der Versorgungsform von MeKidS.best über das komplette Bundesgebiet hinweg, die über ein flächendeckend gesichertes Finanzierungssystem in der Regelversorgung nachhaltig gesichert werden kann. Erprobt wurde das Vorhaben zunächst in der Metropolregion Ruhr.



Abbildung 2: Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet (eigene Darstellung)

4.2 Zielgruppe des neuen Versorgungsangebots

Die neue Versorgungsform in MeKidS.best zielte dabei auf diejenigen Kinder und Jugendlichen ab, bei denen Hinweise auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung bestehen und die in einer irgendwie gearteten Weise in Kontakt mit pädiatrischen Praxen bzw. Kinder- und Jugendkliniken kommen.

Der Ansatz bezog darüber hinaus auch die Familien und insbesondere die Erziehungsberechtigten der betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen mit ein. Für diese Zielgruppe spielten je nach individueller Konstellation verschiedene Aspekte eine Rolle, die sich über die Unkenntnis einer Gewaltausübung durch Dritte, Unwissenheit über bestimmte Risiken durch Rahmenbedingungen für das Kindeswohl, Überforderung mit individuellen Situationen (z.B. durch psychische Erkrankungen oder Isolation) bis hin zur eigenen Täterschaft erstrecken konnten und eine eigenständige Inanspruchnahme der Hilfesysteme erschwerten.

4.3 Begleitende Evaluation für Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

MeKidS.best lag die Annahme zugrunde, dass mittels der Implementierung von leitlinienbasierten Standards in den teilnehmenden MeKidS.units und MeKidS.Praxen die Qualität der Detektion, der Diagnostik und die Initiierung von Hilfemaßnahmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verbessert werden können. Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass mit der Umsetzung der Standards auch eine Verringerung der Dunkelziffern einhergeht. Diese Hypothesen wurden im Rahmen einer begleitenden klinischen Evaluation überprüft.

Da die neuen Versorgungsformen von Innovationsfondsprojekten zudem immer mit dem Anspruch antreten, im positiven Evaluationsfall Eingang in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu finden, wurden parallel im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Evaluation Kosten für Ressourcenverbräuche sowie Vorhaltekosten erhoben, auf deren Basis Szenarien für eine mögliche Vergütungs- sowie Finanzierungsstruktur entwickelt wurden. Auf diese Weise sollte es gelingen, den medizinischen Kinderschutz über selektivvertragliche Regelungen und OPS-Abrechnungsmöglichkeiten hinaus weiterzuentwickeln und so Leistungen regelhaft sicherzustellen.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Handbuchs befindet sich die Evaluation in der Auswertungsphase, so dass an dieser Stelle noch keine Informationen über die Ergebnisse der Evaluation dargestellt werden können. Der Evaluationsbericht wird aber nach Beendigung der Projektlaufzeit durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss in der vollständigen Fassung zur Verfügung gestellt. Es kann aber zum jetzigen Zeitpunkt bereits festgehalten werden, dass es durch die Implementierung der MeKidS.best-Standards zu einer Verbesserung in der Versorgungsqualität gekommen ist.

4.4 Das Projektkonsortium von MeKidS.best

- MedEcon Ruhr
- Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
- Die Techniker
- AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
- DAK-Gesundheit
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V.
- St. Josef- und St. Elisabeth-Hospital gGmbH
- Vestische Caritas Kliniken GmbH
- Klinikum Dortmund gGmbH
- Helios Klinikum Duisburg GmbH
- Elisabeth-Krankenhaus Essen GmbH
- Bergmannsheil und Kinderklinik Buer GmbH
- Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
- St. Elisabeth Gruppe GmbH
- Helios Universitätsklinikum Wuppertal
- Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) GmbH
- Universität Duisburg-Essen
- Fachhochschule Dortmund
- DATATREE AG
- Universitätsklinikum Düsseldorf

4. DAS INNOVATIONSFONDSPROJEKT MEKIDS.BEST



Konsortialpartner von MeKids.best

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG IM MEDIZINISCHEN KINDERSCHUTZ

Wenn es um die Implementierung von medizinischem Kinderschutz geht, gilt es in einem ersten Schritt die Inhalte eines standardisierten Kinderschutzes in pädiatrischen Einrichtungen zu definieren. Diese Inhalte setzen sich aus der Verfahrensebene (Abläufe der Versorgung) sowie der Strukturebene zusammen und bilden zusammengenommen den Implementierungsgegenstand.

5.1 Implementierungsgegenstand auf Verfahrensebene: Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Medizinischer Kinderschutz zielt auf eine optimale Vorgehensweise bei einem aufkommenden Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ab. Ein solcher Verdacht entsteht im Allgemeinen aufgrund entsprechender Hinweise, auf die Mitarbeiter:innen der gesundheitsversorgenden Einrichtungen auf verschiedene Weise aufmerksam werden können. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Kinder bzw. Jugendliche ganz gezielt mit der Fragestellung einer Kindeswohlgefährdung in der Institution vorstellig werden. Dies kann sowohl durch eine direkte Verdachtsformulierung durch (1) Mitarbeiter:innen des zuständigen Jugendamtes oder andere Berufsheimnisträger:innen – auch aus dem Gesundheitswesen –, als auch (2) durch Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten oder weiterer Dritter wie z.B. Verwandte oder andere Bezugs- oder Betreuungspersonen geschehen. Weiterhin können entsprechende Hinweise im Kontext einer anderen medizinischen Fragestellung in Form von spezifischen (körperlichen) Befunden, die auf eine erfolgte Kindeswohlverletzung hinweisen, auffallen. In diesen Fällen ist der „Auftrag“ eines medizinischen Abklärungsprozesses in der Regel klar formuliert.

Auch (3) Risikokonstellationen im (familiären) Umfeld, aus denen ein Gefährdungspotenzial abgeleitet werden kann [siehe auch Seite 156 der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie], sowie (4) weitere Auffälligkeiten der Kinder bzw. Jugendlichen oder ihrer begleitenden Personen [siehe auch Kapitel 4.3.3 „Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten“ und 4.3.4 „Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung“ der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie] können entsprechende Hinweise darstellen. Da es sich bei (3) und (4) in der Regel eher um Indizien handelt, muss ein indirekter Auftrag zur Initiierung eines Abklärungsprozesses in der gesundheitsversorgenden Einrichtung eigenständig abgeleitet werden.

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG

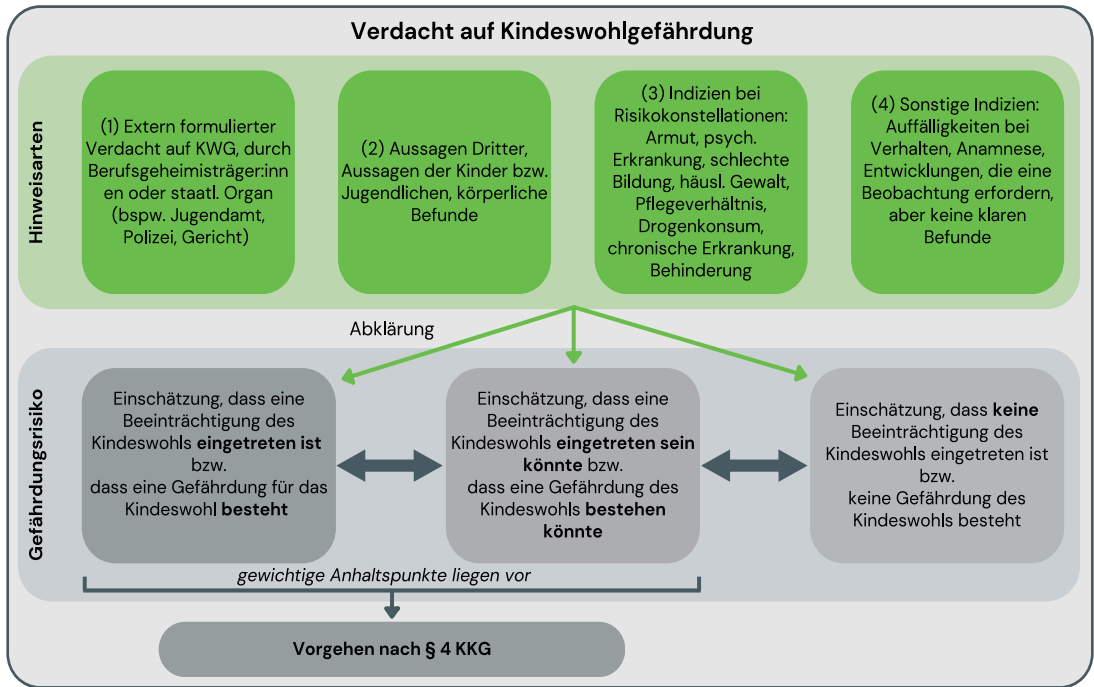


Abbildung 3: Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

Gewichtige Anhaltspunkte:

Die Begrifflichkeit der gewichtigen Anhaltspunkte ist nicht näher über den Gesetzgeber definiert, so dass eine gewisse Unschärfe und Unbestimmtheit mit dem Begriff einhergehen. Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind konkrete Beobachtungen bzw. beobachtbare Anzeichen, die auf eine Gefahr für die Kinder bzw. Jugendlichen hindeuten. Dies können auch schädliche Auswirkungen von konkreten Handlungen oder Unterlassungen an dem Kind bzw. Jugendlichen sein (Barth 2022).

5.1.1 § 4 KKG als grundlegende Maßgabe für den medizinischen Kinderschutz

Der Bedarf einer Abklärung ergibt sich direkt aus dem § 4 des *Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)*. Hier wird definiert, welche Maßnahmen im Falle des Bekanntwerdens gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zu ergreifen sind.

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

1. Werden
 1. Ärztinnen oder Ärzten, Zahnärztinnen oder Zahnärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, [...]
 6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder [...]
 in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
2. Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
3. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 Nummer 1 genannten Personen mit der Maßgabe, dass diese unverzüglich das Jugendamt informieren sollen, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.
4. Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine Rückmeldung geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

...

(Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, Stand 06/2021)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

Implizit folgt aus dieser gesetzlichen Vorgabe somit die Anforderung einer Einschätzung durch die gesundheitsversorgenden Einrichtungen, ob es sich bei den zuvor beschriebenen Hinweisen um gewichtigen Anhaltspunkte handelt (= Einschätzung des Gefährdungsrisikos), die einen Schutz- und/oder Hilfebedarf des Kindes bzw. Jugendlichen zur Folge haben. Denn sofern im Ergebnis dieses Abklärungsprozesses stehen sollte, dass eine Gefährdung des Kindeswohls für die Vergangenheit oder zukünftig nicht sicher ausgeschlossen werden kann, sind entsprechende Anschlussprozesse zu initiieren. Diese können im Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Familien bestehen und/oder auch eine personenbezogene

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG

Information des zuständigen Jugendamts über das Vorliegen der gewichtigen Anhaltspunkte notwendig machen. In jedem Fall bestehen für Berufsgeheimnisträger:innen und somit auch für die Mitarbeiter:innen in gesundheitsversorgenden Einrichtungen die Möglichkeit und das Recht auf eine Beratung nach § 8b SGB VIII durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFa) der Jugendhilfe. Eine Anfrage zum Einsatz einer InSoFa erfolgt formal über die Jugendämter (Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg 2019).

Insoweit erfahrene Fachkraft:

Nach § 8b SGB VIII können sich Berufsgeheimnisträger:innen, die mit einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert sind, durch eine sogenannte insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFa) beraten lassen. Die Beratung erfolgt pseudonymisiert und dient dazu, die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den pädiatrischen Einrichtungen zu unterstützen.

Entsprechend dem § 4 KKG ergibt sich in jedem Fall eine logische Abfolge im Vorgang bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdungen, die sich nach dem folgenden Schema darstellt:

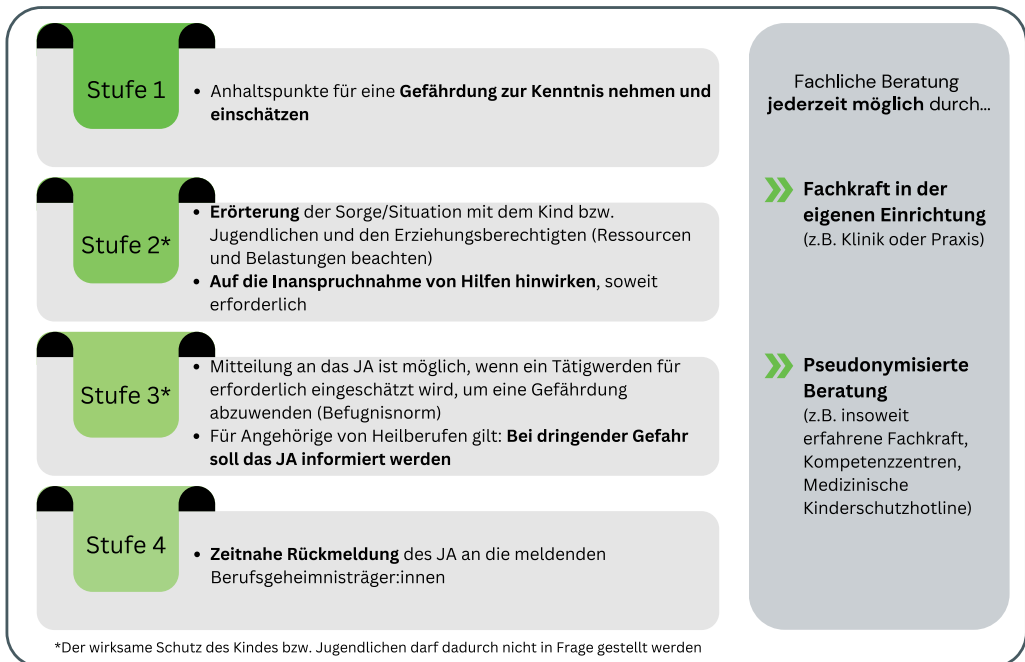


Abbildung 4: Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG, adaptiert nach Kinderschutzleitlinie (Kitteltaschenkarte § 4 KKG) (eigene Darstellung)

5.1.2 Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte

Berufsgeheimnisträger:innen sind nach § 4 KKG dazu verpflichtet, bei gewichtigen Anhaltspunkten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und/oder das Jugendamt über diese Anhaltspunkte zu informieren. Insofern haben auch gesundheitsversorgende Einrichtungen die Aufgabe, zumindest eine vorläufige (ggf. initiale) Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte zum Zwecke der Beratung der Jugendämter bei deren Gefährdungseinschätzung hinsichtlich

- der Gefährdungsform,
- einer Prognose für einen entstehenden Schaden,
- dem Risiko für eine erneute oder fortgeführte Kindeswohlgefährdung sowie
- der Mitwirkungsbereitschaft der Erziehungsberechtigten

vorzunehmen (Gerber und Kindler 2020).

Gefährdungseinschätzung durch das Jugendamt: Dem Jugendamt obliegt nach § 8a SGB VIII der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Somit liegt das Wächteramt beim Jugendamt, das bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte die Gefährdung der Kinder bzw. Jugendlichen einschätzen muss.

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos in den gesundheitsversorgenden Einrichtungen bezieht sich daher insbesondere auf die Entscheidungsfindung für nachfolgende Handlungsschritte. Hierfür ist zusätzlich eine Einschätzung hinsichtlich der Dringlichkeit vorzunehmen.

Einschätzung über das Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte

Kindeswohlgefährdung wird im Sinne des § 1666 BGB verstanden, „*wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden*“. Aus dieser Definition wird bereits deutlich, dass es nicht möglich und sozialrechtlich auch nicht intendiert ist, aus der Gesundheitsversorgung heraus eine abschließende Klärung zu der Frage, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, vorzunehmen. Vielmehr obliegt nach § 8a SGB VIII die Gefährdungseinschätzung den zuständigen Jugendämtern. Nichtsdestoweniger kann in der Gesundheitsversorgung das Vorliegen von gewichtigen Anhaltspunkten bewertet werden. Diese können entsprechend den nachfolgenden Kategorien stratifiziert werden:

- a) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten ist** bzw. dass eine Gefährdung für das Kindeswohl **besteht**,
- b) Einschätzung, dass eine Beeinträchtigung des Kindeswohls **eingetreten sein könnte** bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls **bestehen könnte**,
- c) Einschätzung, dass **keine Beeinträchtigung** des Kindeswohls eingetreten ist bzw. **keine Gefährdung** des Kindeswohls besteht.

Einschätzung der Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit

In Ergänzung zu der Einschätzung über gewichtige Anhaltspunkten bedarf es einer Bewertung der Dringlichkeit, mit der weiterführende Interventionen initiiert werden müssen. Dabei sind entsprechend des Beschlusses des Bundesgerichtshofs von November 2016 „*An die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts [...] umso geringere Anforderungen zu stellen, je schwerer der drohende Schaden wiegt*“ (BGH 23.11.2016 - XII ZB 149/16). Mit Blick auf diese Maßgabe können und müssen aus der Dringlichkeitsabschätzung unterschiedliche Interventionsbedarfe resultieren:

1. Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf
2. Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf
3. Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf
4. Akute Gefährdung mit unmittelbarem Schutzbedarf

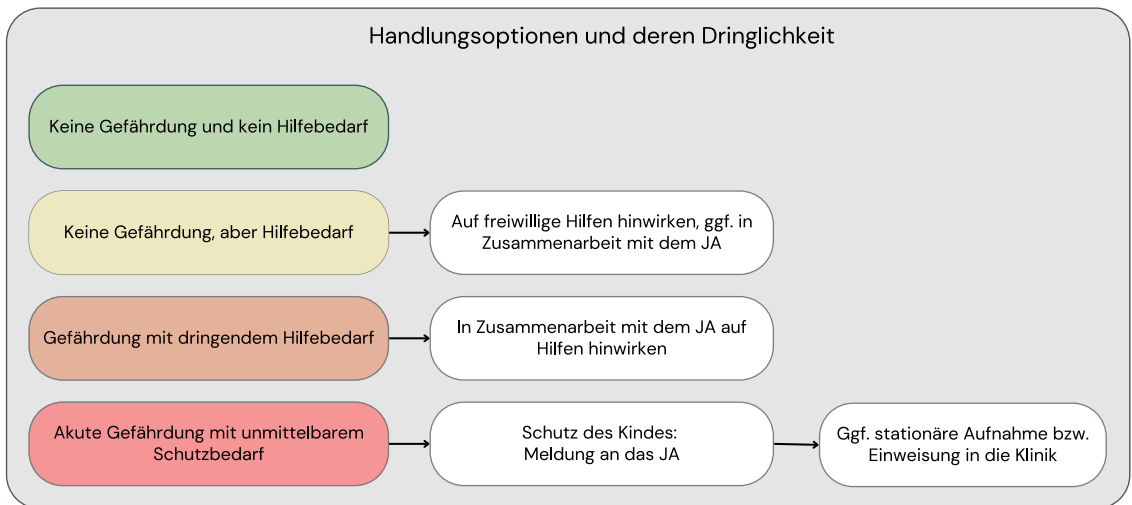


Abbildung 5: Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit nach Einschätzung des Gefährdungsrisikos
(eigene Darstellung)

Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf: Sofern im Ergebnis der Einschätzung des Gefährdungsrisikos steht, dass auch nach sorgfältiger Prüfung sowohl keine Beeinträchtigung des Kindeswohls als auch kein Hilfebedarf vorliegt, besteht zum Zeitpunkt der Einschätzung kein Handlungsbedarf. Die Einschätzung bezieht sich ausschließlich darauf, dass derzeit keine Hinweise identifiziert werden können. Das Aufkommen etwaiger späterer Hinweise müsste somit zu einer erneuten eigenständigen Einschätzung des Gefährdungsrisikos führen.

Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf: Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Gewährleistung des Schutzes durch ihr familiäres Umfeld nicht in Frage gestellt werden muss, können trotzdem Unterstützungsbedarfe im Sinne der Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen vorliegen. Hinweise darauf können z.B. durch das Erkennen von Risikofaktoren wie hoher Belastungssituationen bei den Erziehungsberechtigten oder durch eine geringe Ad-

härenz bei verordneten therapeutischen oder präventiven Maßnahmen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) gegeben sein. Diese Hinweise können durchaus eine gewisse Chronizität mit sich bringen. In solchen Situationen ist die Überleitung weiterführende Hilfesysteme wie z.B. die Frühen Hilfen oder auch Angebote der sozialen Unterstützung zur Verringerung von Belastungssituationen angezeigt. Der Einbezug des zuständigen Jugendamts ist in diesen Fällen nicht zwingend erforderlich, kann aber mit dem Einverständnis oder auf Wunsch der Erziehungsberechtigten selbstverständlich erfolgen.

Erziehungsberechtigte sollen auf freiwilliger Basis dazu beitragen, ihre Kinder zu fördern und zu unterstützen. Fachkräfte sind angehalten, über geeignete Unterstützungen zu informieren und zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren. Wertschätzung, Transparenz und Vertrauen sind Voraussetzungen für diese Motivation. Aufgrund ihrer langfristigen Versorgungsbeziehungen zu den Familien nehmen pädiatrische Praxen sowie dauerhaft betreuende Ambulanzen in Kliniken eine besondere Rolle ein. Weiterhin ist es Ihnen oft möglich, ein Gefährdungsrisiko immer wieder erneut einzuschätzen.

Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf:

Auch ohne das Vorliegen einer akuten vitalen Bedrohung des Kindes bzw. Jugendlichen können hohe Dringlichkeitsanforderungen für eine Intervention gegeben sein. Beispiele hierfür können sich in der kurzfristigen Betrachtung z.B. auf Vernachlässigungsformen oder die Nichtumsetzung von zwingend notwendigen medizinischen Therapien beziehen. In der mittelfristigen Betrachtung können sie sich auf das Nichtwahrnehmen von Kontrollterminen oder das Erkennen von nicht medizinisch induzierten Entwicklungsverzögerungen beziehen. Die Intervention muss in diesen Fällen nicht zwangsläufig ad hoc erfolgen, wenn der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen als ausreichend gesichert angesehen werden kann. Solche Konstellationen können z.B. gegeben sein, wenn im Ergebnis der Einschätzung des Gefährdungsrisikos steht, dass die Erziehungsberechtigten sowohl Willens als auch in der Lage sind, den Schutz eigenständig zu gewährleisten (Barth 2022). In diesen Fällen sollte primär nach dem § 4 KKG vorgegangen werden, um auf die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken und eine Überleitung in die Hilfesysteme (aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen) zu initiieren. Ein Hinzuziehen des Jugendamtes sollte unter Einbezug der Erziehungsberechtigten erfolgen. Die Befugnisnorm des § 4 KKG erlaubt aber auch das Hinzuziehen des Jugendamtes ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten. Somit kann eine aktuelle und zukünftige Gefährdungssituation des Kindes in Form von gewichtigen Anhaltspunkten an das jeweilige Jugendamt mitgeteilt werden. Auch der explizite Wunsch von Jugendlichen, das Jugendamt einzuschalten, unterstreicht diese Dringlichkeit.

Akute Gefährdung mit unmittelbarem Schutzbedarf: Sofern Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung mit vitaler Bedrohung bestehen, bedarf es – unabhängig von der Frage, ob diese Hinweise als sicher bestätigt angesehen werden können – einer sofortigen Intervention. Unter vitalen Bedrohungen können dabei sowohl akut vorhandene (lebensbedrohliche) Verletzungen gemeint sein, wie auch die

Dabei gilt die Maxime: Je jünger das Kind, umso höhere Anforderungen bestehen an die Schutzbedürftigkeit.

akute Gefahr, dass das Kind bei Rückkehr in die Häuslichkeit (weiterer) Gewalt ausgesetzt sein wird. Der Interventionsbedarf aufgrund einer entsprechend hohen Dringlichkeitseinschätzung bezieht sich in der Regel auf die Herausnahme der Kinder bzw. Jugendlichen aus der häuslichen Situation bzw. Änderung der häuslichen Situation und erfordert zwingend den Einbezug des zuständigen Jugendamts. Mögliche Interventionsmaßnahmen können neben der Mitteilung an das zuständige Jugendamt auf Basis der Befugnisnorm des § 4 KKG u.a. die vorübergehende stationäre Einweisung/Aufnahme sein.

5.1.3 Versorgungsabläufe im medizinischen Kinderschutz

Versorgungsabläufe in Kinder- und Jugendkliniken

Kinderschutzgruppen stellen multiprofessionell besetzte Einheiten in Gesundheitseinrichtungen dar, die über spezielle fachliche Kenntnisse sowie Erfahrungen in der Versorgung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung verfügen. Diese Gruppen arbeiten in definierten Teams zusammen und stehen einrichtungsintern für die (Mit-)Versorgung aller pädiatrischen Fälle mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung sowie die zugehörige Einschätzung hinsichtlich gewichtiger Anhaltspunkte zur Verfügung. Gleichzeitig beraten und schulen Kinderschutzgruppen die Mitarbeiter:innen in der Einrichtung hinsichtlich der Erkennung von Hinweisen sowie hinsichtlich eines leitliniengerechten Vorgehens im Abklärungsprozess (Herrmann et al. 2016a). Aufgrund des Anspruchs an ihre Multiprofessionalität sind Kinderschutzgruppen meist an Kinder- und Jugendkliniken verortet.

Um im Verdachtsfall zu einer Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu kommen, bedarf es eines standardisierten Vorgehens zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung. Die nachfolgenden Ablaufschemata beziehen sich auf die Vorgehensweise in der Abklärung unter Einbezug einer multiprofessionellen Anamnese und interdisziplinären Diagnostik sowie einer gemeinsamen, multiprofessionellen Beurteilung aller vorliegenden Informationen für eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos innerhalb von Kinder- und Jugendkliniken, die über eine Kinderschutzgruppe verfügen. Dabei muss entsprechend der jeweiligen Kontextfaktoren in der ambulanten sowie in der stationären Versorgung unterschieden werden, so dass sich hieraus zwei modifizierte Ablaufschemata für das Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG) in Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe ergeben (DGKiM Leitfaden 2023).

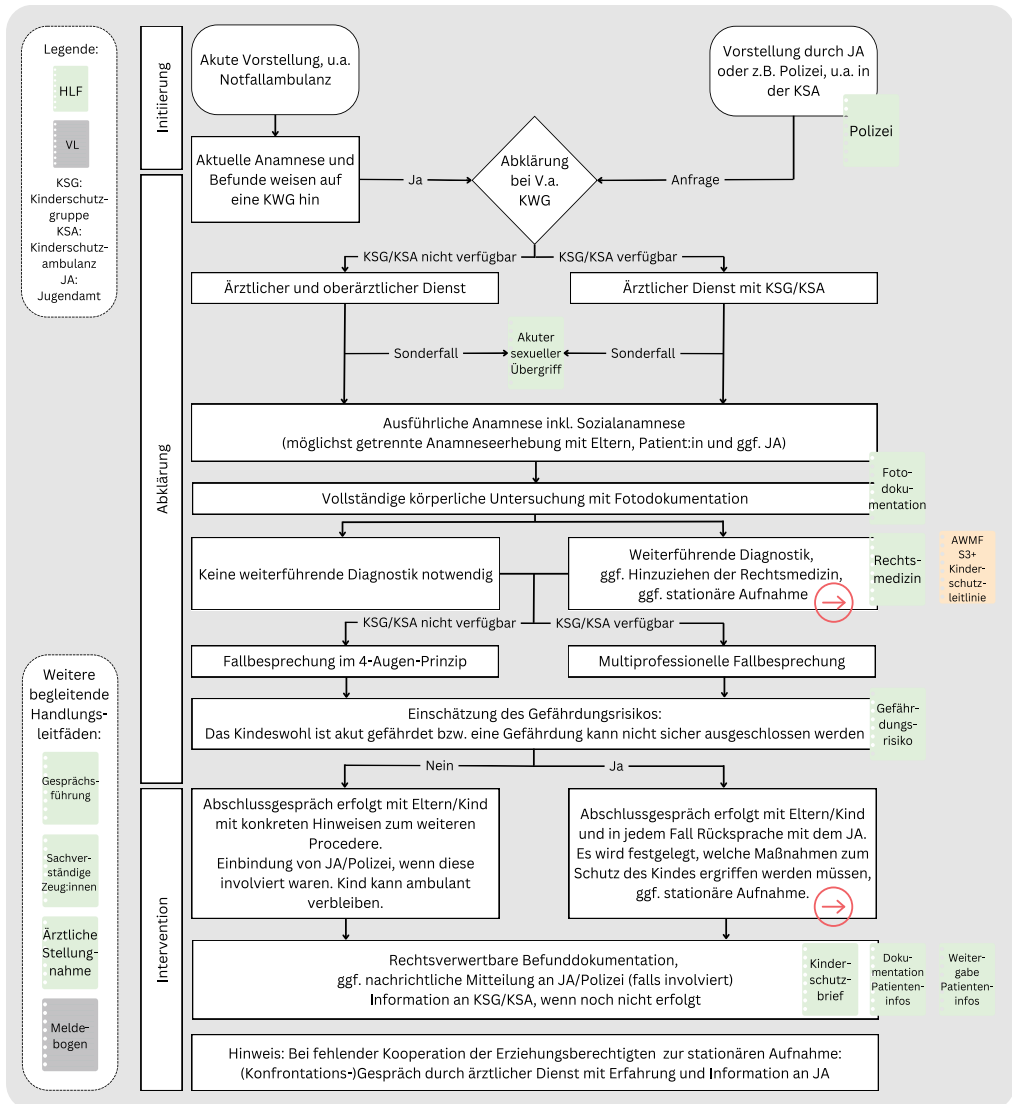


Abbildung 6: Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung
(für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

Kinder bzw. Jugendliche können über verschiedene Wege in die stationäre Versorgung kommen. Zum einen kann im Rahmen einer ambulanten Abklärung eine stationäre Aufnahme zur Gewährleistung der Sicherheit des Kindes bzw. Jugendlichen mit dem Anliegen einer ausführlicheren multiprofessionellen Einschätzung des Gefährdungsrisikos angezeigt sein (siehe Vorgehensweise in der ambulanten klinischen Versorgung). Der Verdacht auf Kindeswohlge-

Die Einschätzung erfolgt innerhalb der Kinder- und Jugendkliniken und der pädiatrischen Praxen anhand unterschiedlicher Handlungsleitfäden. Das Kernelement des Vier-Augen-Prinzips gilt für beide

Die Einschätzung erfolgt innerhalb der Kinder- und Jugendkliniken und der pädiatrischen Praxen anhand unterschiedlicher Handlungsleitfäden. Das Kernelement des Vier-Augen-Prinzips gilt für beide Einrichtungen gleichermaßen.

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG

fährdung kann aber auch im Rahmen einer stationären Versorgung aus einem initial anderen Grund aufkommen. In diesem Fall ist die Durchführung der Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zunächst analog zu derjenigen in der ambulanten Versorgung mit Verfügbarkeit der Kinderschutzgruppe durchzuführen und im Bedarfsfall um einrichtungsübergreifende Fallkonferenzen und Hilfeplangespräche zu ergänzen.

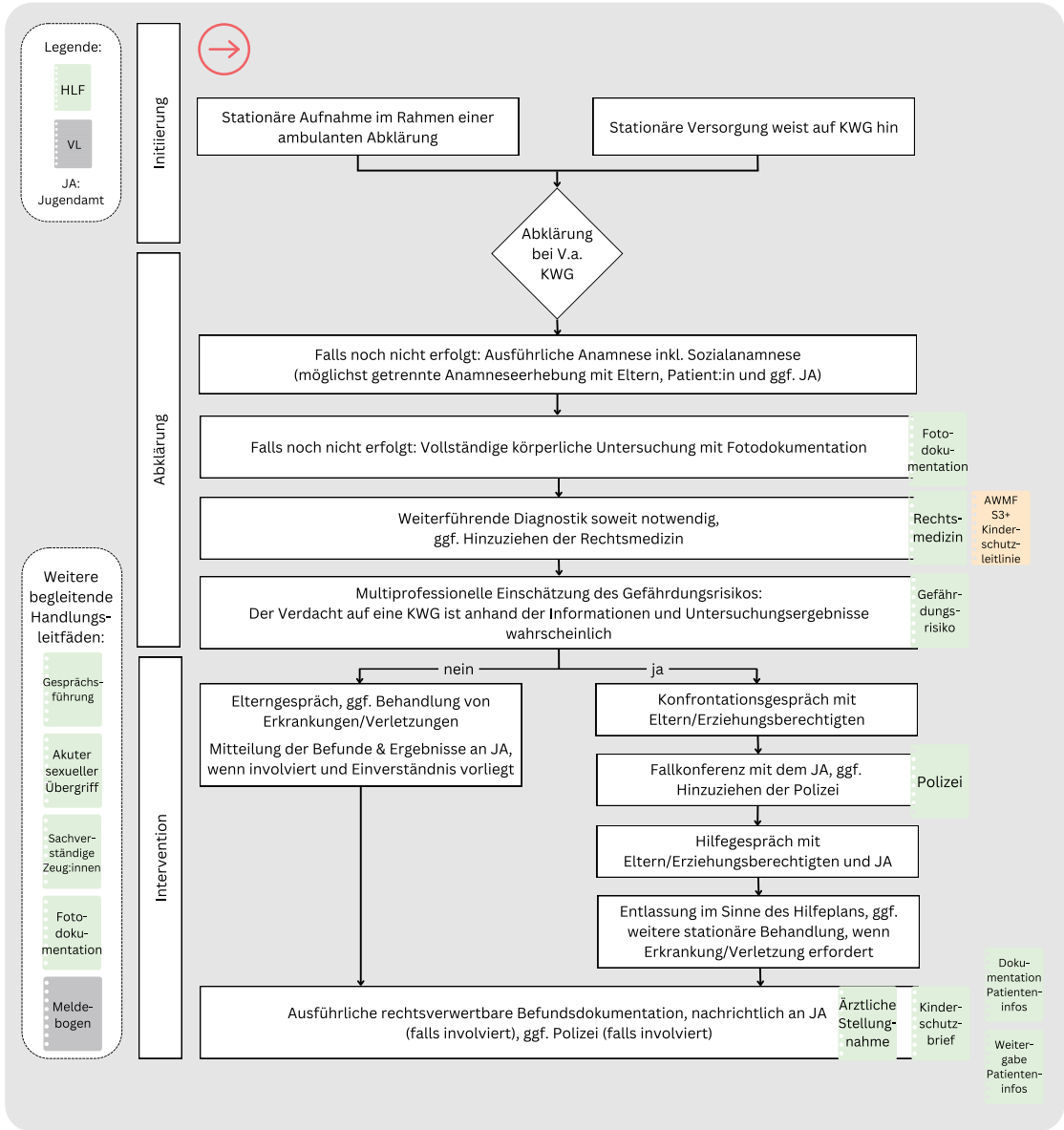


Abbildung 7: Ablaufschema für die stationäre krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe) (eigene Darstellung)

Versorgungsabläufe in pädiatrischen Praxen

Kinder und Jugendliche werden in pädiatrischen Praxen in der Regel in Begleitung ihrer Erziehungsberechtigten oder von anderen Bezugspersonen in Kontexten von präventiven Untersuchungen wie Vorsorgen und Impfungen sowie in Kontexten akutmedizinischer Versorgung vorgestellt. Das Vorhandensein vornehmlich augenfälliger Hinweisarten wie z.B. auf körperliche Misshandlung stellen ein relativ seltenes Ereignis in der pädiatrischen Praxis dar, da bereits vereinbarte Termine in diesen Fällen häufig von den Erziehungsberechtigten abgesagt werden. Insofern sollte ein besonderes Augenmerk vor allem auf Verdachtsmomente fallen, die auf Vernachlässigungen oder auf psychosoziale Belastungen in den Familien hinweisen.

Vernachlässigung stellt somit generell die am häufigsten vorkommende Form von Kindeswohlgefährdung dar, mit der pädiatrische Praxen konfrontiert werden, und kann sich sowohl auf körperliche als auch auf seelische Aspekte beziehen. Diese Form der Kindeswohlgefährdung stellt eine Herausforderung für den Praxisalltag dar, da die Vernachlässigung kein einzelnes Ereignis ist und die Befunde am ehesten für die körperliche Vernachlässigung objektiv darstellbar sind. In der Folge sind wiederkehrende Vorstellungen notwendig. Die Frage, welche Bedingungen des Aufwachsens von Kindern bzw. Jugendlichen eine Gefährdung ihres Wohls bedeuten oder gerade noch „hinnehmbar“ sind, ist in diesem Zusammenhang zu stellen.

Mit Blick auf die Ursachen dieser Formen der Kindeswohlgefährdung muss daher insbesondere in pädiatrischen Praxen neben dem Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten der Fokus explizit für das frühzeitige Identifizieren von Hilfebedarfen geweitet werden. Hier liegt also ein sekundärpräventiveres Verständnis von medizinischem Kinderschutz zugrunde. Mit Blick auf psychosoziale Belastungsfaktoren gilt es, Familien frühzeitig in vorhandene Hilfesysteme, wie z.B. das der Frühen Hilfen, überzuleiten, um einer Gefährdung des Kindeswohls präventiv entgegenzutreten (Barth 2022).

Sollte es doch zu Vorstellungen kommen, bei denen nicht plausibel zu erklärende Verletzungen auffallen oder bei denen der Verdacht auf einen akuten sexuellen Überbegriff besteht, ist eine Überleitung an eine dafür zuständige medizinische Einrichtung notwendig (z.B. Gewaltschutzambulanz, Kinderschutzambulanz, Childhood-Haus, Klinik). Zu diesen Einrichtungen gehören bevorzugt Kinder- und Jugendkliniken mit Kinderschutzgruppen, Kinderschutzambulanzen oder Gewaltschutzambulanzen mit pädiatrischer Expertise, die dann die weitere Diagnostik sowie intervenierende Maßnahmen einleiten. In diesen Fällen kann eine anschließende Weiterbetreuung wiederum erneut über die pädiatrischen Praxen erfolgen, die an dieser Stelle eine entsprechende Rückmeldung seitens der Einrichtungen benötigen. Diese Rückmeldung erfolgt mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten und beinhaltet eine Informationsmitteilung zum Fallgeschehen sowie die Besprechung zur weiteren Aufgabenverteilung zwischen den Akteur:innen des Gesundheitswesens als auch der Einbindung des ggf. fallverantwortlichen Jugendamtes.

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG

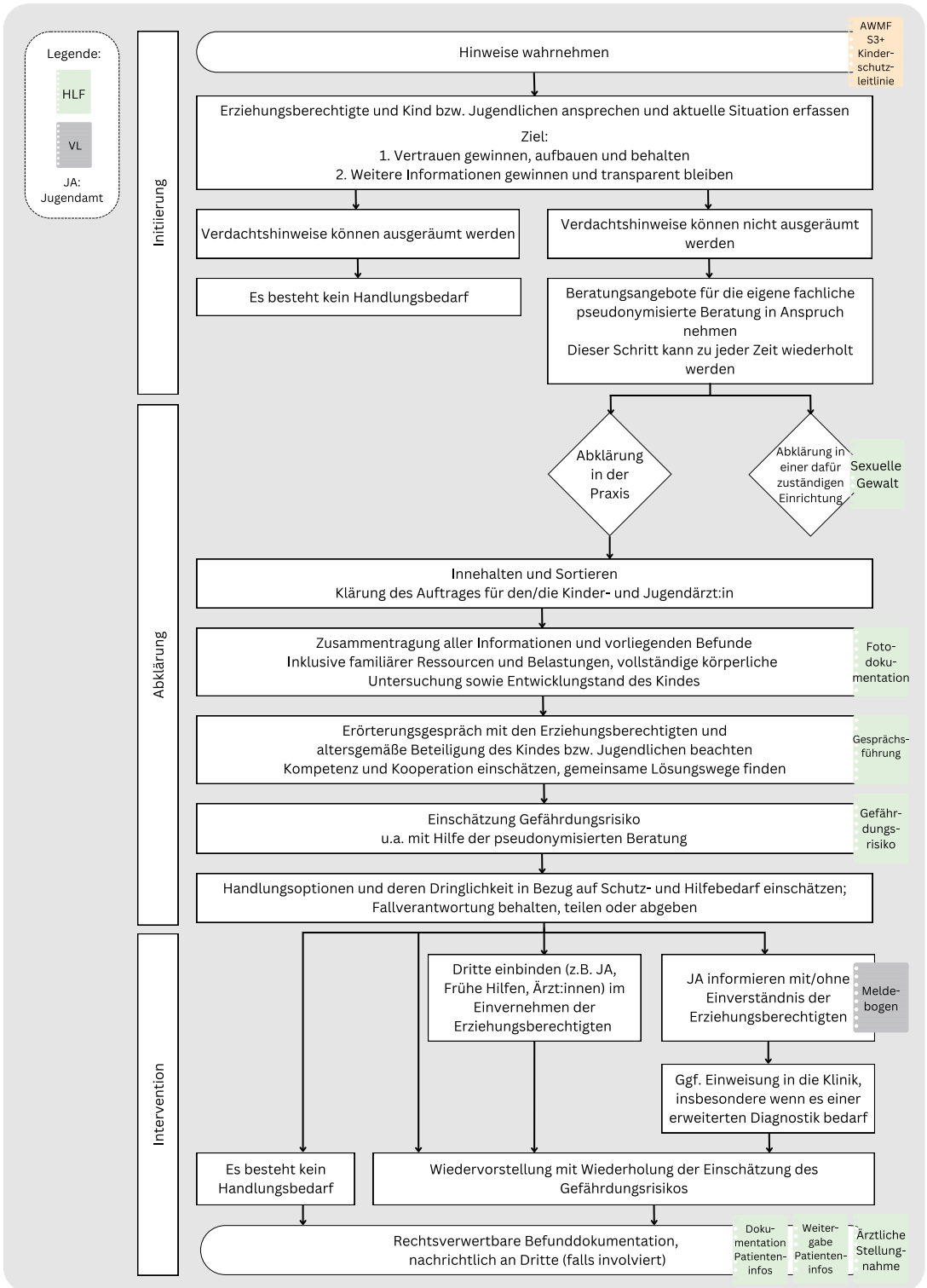


Abbildung 8: Ablaufschema für die ambulante niedergelassene Versorgung (eigene Darstellung)

5.1.4 Instrumente der Verfahrensimpementierung

Auch auf Verfahrensebene wurden aus dem Projekt MeKidS.best heraus verschiedene Handlungsleitfäden (= HLF) als Instrumente entwickelt, die zur Vertiefung der einzelnen Aspekte in den Versorgungsabläufen dienen. Die Abbildungen 6, 7 und 8 der Ablaufschemata geben Hinweise darauf, an welcher Stelle die Handlungsleitfäden sinnvoll zum Einsatz kommen können. Weitere Anwendungsmöglichkeiten sind davon selbstverständlich nicht ausgenommen. Die Handlungsleitfäden sollen dabei keine verbindlichen SOPs (Standard Operation Procedures) darstellen, sondern fungieren eher als Orientierungspunkte, innerhalb derer die komplexe Versorgung von Kindern bzw. Jugendlichen, bei denen Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung bestehen, geleistet wird.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Handlungsleitfäden. Diese sind im Anhang beigefügt und stehen für die Implementierung interessierter pädiatrischer Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken zur Verfügung. Dabei sollte beachtet werden, dass die Handlungsleitfäden an die realen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Eine solche Adaptierung sollte in jedem Fall durchgeführt werden, damit eine Umsetzung reibungslos gelingen kann.

	Handlungsleitfäden (HLF)	
1	HLF Gefährdungsrisiko (K)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
2	HLF Gefährdungsrisiko (P)	Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
3	HLF Gesprächsführung (K+P)	Gesprächsführung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
4	HLF Dokumentation Patienteninfos (K)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
5	HLF Dokumentation Patienteninfos (P)	Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
6	HLF Fotodokumentation (K+P)	Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
7	HLF Akuter sexueller Übergriff (K)	Spurensicherung bei Verdacht auf akuten sexuellen Übergriff - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
8	HLF Sexuelle Gewalt (P)	Sexuelle Gewalt- Ein Handlungsleitfaden für Praxen
9	HLF Kinderschutzbrief (K)	Kinderschutzbrief- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
10	HLF Weitergabe Patienteninfos (K+P)	Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

5. GEGENSTAND DER IMPLEMENTIERUNG

11	HLF Rechtsmedizin (K)	Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
12	HLF Polizei (K)	Unterstützung durch die Polizei – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
13	HLF Ärztliche Stellungnahme (K+P)	Ärztliche Stellungnahme im familiengerichtlichen Verfahren - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen
14	HLF Sachverständige Zeug:innen (K)	(Sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht- Ein Handlungsleitfaden für Kliniken
VL	VL Meldebogen (K+P)	Meldebogen zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung- Eine Arbeitsvorlage für Kliniken und Praxen

Tabelle 1: Instrumente auf Verfahrensebene in pädiatrischen Einrichtungen

5.2 Implementierungsgegenstand auf Strukturebene: Personalstrukturen, Infrastrukturen und Netzwerkstrukturen

Um die Potenziale der bereits in der Regelversorgung vorhandenen Strukturen optimal nutzbar zu machen, bedarf es einer flächendeckend einheitlich verinnerlichten Vorgehensweise in der Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg. Innerhalb dieser Vorgehensweise müssen die jeweils eigenen Aufgaben und Grenzen klar formuliert und die Überleitungsprozesse sowie die Kooperationen klar geregelt sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Kinder- und Jugendkliniken sowie pädiatrische Praxen aufgrund ihrer unterschiedlichen Rollen im Gesundheitssystem auf unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen aufsetzen.

Die zeitliche Ressource stellt für pädiatrische Praxen aufgrund der vergleichsweise kurzen Versorgungskontakte in den Sprechzimmern und einer daraus resultierenden hohen Taktung in den organisatorischen Abläufen eine maßgebliche Herausforderung dar. Eine Besonderheit in den Praxen ist zudem, dass das meist langjährige Vertrauensverhältnis zwischen den Familien und dem Praxispersonal, das sich über die Beziehungen in der Regelversorgung entwickelt hat, nicht gefährdet werden sollte. Pädiatrische Praxen sind daher darauf angewiesen, insbesondere in komplizierten und zeitkritischen Fällen, betroffene Familien in hierfür geeignete Strukturen überleiten zu können.

Vor diesem Hintergrund nehmen Kinder- und Jugendkliniken in der einrichtungsübergreifenden Versorgung im medizinischen Kinderschutz eine zweifache Rolle ein. Auch ihnen kommt eine wichtige Funktion bei der Erkennung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung zu. Sie verfügen aber zudem über weitergehende Möglichkeiten im Umgang mit Verdachtsfällen, die maßgeblich auf in den ihnen zur Verfügung stehenden Zeitfenstern für die Anamnese sowie einer umfangreicheren Diagnostik unter Rückgriff auf an der Klinik vorhandener Infrastruktur und fachmedizinischer und interprofessioneller Expertise zurückgeführt werden kann (KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW 2020). Weiterhin steht Kliniken nicht zuletzt im Bedarfsfall das Instrument der stationären Aufnahme zur Ver-

fügung. Eine Herausforderung besteht darin, dass Krankenhäuser rund um die Uhr als Anlaufstellen fungieren und somit auch jederzeit mit dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung konfrontiert werden können. Daher müssen die zu etablierenden strukturellen Systematiken in der Zusammenarbeit auch gleichzeitig Lösungen für eine Versorgung außerhalb der Arbeitszeiten der Kinderschutzgruppen beinhalten.

5.2.1 Personelle Zielsetzungen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Die Anforderungen an die Teamstrukturen sind in Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen aufgrund der genannten unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen differenziert zu betrachten. Während in pädiatrischen Praxen in der Regel auf die Expertise unter begrenzter zeitlicher Verfügbarkeit der Ärzt:innen zurückgegriffen wird, können in Kinder- und Jugendkliniken in der Regel ganze Teams für den Einsatz im medizinischen Kinderschutz gebildet werden.

Beispiele zu Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten sind im Anhang aufgelistet.

Es bestehen dennoch Anforderungen an die Zusammenarbeit innerhalb der gesundheitsversorgenden Einrichtungen, die für pädiatrische Praxen und Kinder- und Jugendkliniken gleichermaßen formuliert werden können. Grundsätzlich gilt dabei das Vier-Augen-Prinzip bei der Einschätzung eines Gefährdungsrisikos. Während in den Kliniken dieses Prinzip in der Regel anhand internen Strukturen wie z.B. Besprechung mit weiteren Kolleg:innen oder im Rahmen von Fallbesprechungen erfüllt wird, erfolgt das 4-Augen-Prinzip in pädiatrischen Praxen sowohl über interne Besprechungen mit ärztlichen Kolleg:innen und medizinischen Fachangestellten als auch mit Hilfe der externen pseudonymisierten Beratung, die allen Heilberufen zur Verfügung steht.

In den Kinder- und Jugendkliniken sollten multiprofessionell ausgerichtete Kinderschutzgruppen (KSG) eingerichtet werden. Auch wenn keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich der Besetzung der Gruppen durch bestimmte Professionen existieren, hat sich im Projekt MeKidS.best die Zusammensetzung aus fach- bzw. überärztlicher Leitung, Psychologie, Sozialer Arbeit sowie durch die Gesundheits- und Krankenpflege, die über grundlegende

Kenntnisse wie z.B. das Vorgehen nach § 4 KKG verfügen, bewährt. Damit wird den Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken, Vorgehen bei Kindesmiss-handlung und -vernachlässigung der DGKiM und des DAKJ entsprochen. Für Kinderschutzgruppen besteht die Möglichkeit, sich bei der DGKiM als solche akkreditieren zu lassen. Hinzu kommt die Sicherstellung der Verfügbarkeit weiterer medizinischer Expertise in der Einrichtung, wie z.B. aus der Rechtsmedizin, der (Kinder-)Gynäkologie, der Sozialpädiatrie o.a.. Sollte eine Verfügbarkeit innerhalb der eigenen Einrichtung nicht möglich sein, werden entsprechende Kooperationen mit externen Institutionen empfohlen (Herrmann et al. 2016b; DGKiM Leitfaden 2023).

Mit § 4 KKG sind Berufsheimnisträger:innen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gesetzlich dazu angehalten, gemeinsam mit den Kinder bzw. Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation zu erörtern und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken. Sollte der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen in Frage gestellt werden oder die Abwendung der Gefahr durch diese ersten Schritte nicht möglich sein, so ist das Jugendamt mit einzubeziehen.

5.2.2 Infrastrukturelle Zielsetzungen als Voraussetzung für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Um die Kinderschutzarbeit in den pädiatrischen Einrichtungen reibungsfrei durchführen zu können, bedarf es bestimmter infrastruktureller Voraussetzungen, die sich mit Fragen nach geeigneten Räumlichkeiten und deren Ausstattung auf der einen Seite und einrichtungsinternen Organisationsfragen auf der anderen Seite in zwei Bereiche unterteilen lassen. Auch hierbei ist erneut zwischen den Voraussetzungen, die durch Kinder- und Jugendkliniken sowie durch pädiatrische Praxen erfüllt werden sollten, zu unterscheiden.

Hinsichtlich der Ausstattung ist dabei insbesondere auf geeignete Dokumentationsinstrumente zu achten, mittels derer sowohl objektivierbare Hinweise (z.B. über Fotodokumentation) als auch die Dokumentation des Versorgungsablaufs oder der Anamnese aufgenommen werden können, zu achten. Aufgrund der besonderen Sensibilität der Thematik ist im medizinischen Kinderschutz nochmals verstärkt auf die Verhinderung einer Zugänglichkeit dieser Informationen durch Unbefugte zu achten. In Kinder- und Jugendkliniken bedarf es zudem der Gewährleistung von entsprechenden Räumlichkeiten, die dem besonderen Schutzbedarf der Kinder bzw. Jugendlichen und ihren Familien in ausreichendem Maße gerecht werden.

Weiterhin bedarf es auf infrastruktureller Ebene der Implementierung und Etablierung von Organisationsstrukturen, die sich auf das Einholen von ergänzender fachmedizinischer Expertise innerhalb bzw. außerhalb der eigenen Institution beziehen können. Hierfür gilt es für Kinder- und Jugendkliniken Vereinbarungen mit den wichtigsten Fachgebieten wie z.B. der Rechtsmedizin, der Sozialpädiatrie, der (Kinder-)Gynäkologie, der (Kinder-)Radiologie oder der Augenheilkunde zu treffen (Herrmann et al. 2016b). Pädiatrische Praxen werden maßgeblich auf Zusammenarbeitsstrukturen mit Kinder- und Jugendkliniken mit Kinderschutzgruppe, die bestenfalls über eine Kinderschutzambulanz verfügen und in deren Einzugsgebiet ihr eigenes Versorgungsgebiet liegt, zurückgreifen und so mittelbar von den Kooperationsstrukturen der Kinder- und Jugendkliniken profitieren (KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW 2020).

5.2.3 Netzwerkwerkstrukturen für einen gelingenden medizinischen Kinderschutz

Aufgrund seiner zwingend kooperativen Verfasstheit muss medizinischer Kinderschutz neben den Kooperationsbeziehungen innerhalb des Gesundheitswesens auch immer in systemübergreifende Netzwerke eingebunden sein, innerhalb derer Gesundheitseinrichtungen gemeinsam mit den kommunalen Jugendämtern und ihren angeschlossenen Jugendhilfeeinrichtungen sowie im Bedarfsfall auch mit Strafverfolgungsbehörden agieren können.

Auf diese Weise entsteht daher ein komplexes Netzwerk rund um die Kinder- und Jugendkliniken und pädiatrischen Praxen, das auf regionaler Ebene geknüpft werden

Fachkräfte im Gesundheitssystem können auf die **Beratung im eigenen System** (z.B. der Kinderschutzgruppe der eigenen Klinik) als auch auf die Medizinischen Kinderschutzhotline, insoweit erfahrene Fachkräfte oder Angebote von Kompetenzzentren der Länder zurückgreifen.

muss, um eine unmittelbare Zusammenarbeit im Versorgungsfall zu gewährleisten (= intervenierender Kinderschutz) und frühzeitige Hilfen zu vermitteln (= präventiver Kinderschutz). Für die Umsetzung hat sich das kooperative Arbeiten auf der direkten Fallebene in Kombination mit einem kontinuierlichem fallunabhängigem Austausch bewährt.

Fallbezogene Kooperation: Die Zusammenarbeit in Netzwerken hat den Zweck, im Falle des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos unter Einbezug der relevanten fachlichen Expertisen vornehmen zu können. Im Sinne einer bruchfreien rechtskreisübergreifenden Versorgung müssen auf den konkreten Fall bezogen verlässliche Absprachen getroffen und eine wechselseitige Informationstransparenz gelebt werden. Für Mitarbeiter:innen von gesundheitsversorgenden Einrichtungen kann dies z.B. bedeuten, medizinische Befunde in einer für alle an der Versorgungskette beteiligten Professionen verständlichen Sprache zu kommunizieren.

Fallunabhängige Kooperation: In der fallunabhängigen Kooperation gilt es, mittels eines kontinuierlichen Austausches, das Netzwerk rund um den medizinischen Kinderschutz zu etablieren und fortwährend auszubauen. Im Sinne der Qualitätssicherung werden hierfür grundlegende Fragen von Handlungskompetenzen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeiten im Bedarfsfall unter den Netzwerkpartnern geklärt. Als bewährtes Instrument für den kontinuierlichen Austausch können Qualitätszirkel eingerichtet werden; bestenfalls finden auch gemeinsame Fortbildungen statt. Nur innerhalb eines transparenten Netzwerks kann im Falle einer (potenziellen) Kindeswohlgefährdung ein möglichst reibungs- und lückenloser Ablauf gewährleistet werden. Hierzu ist es unabdingbar, dass die einzelnen Akteure die Verantwortlichkeiten, die methodischen Arbeitsweisen, die Handlungsmöglichkeiten und -grenzen sowie die gegenseitigen Erwartungen kennen und anerkennen.

5.2.4 Instrumente der Strukturimplementierung

Auf der Strukturebene wurden aus dem Projekt MeKidS.best heraus Checklisten (= CL) entwickelt, anhand derer pädiatrische Praxen sowie die Kinder- und Jugendkliniken zu Beginn des Implementierungsprozesses darin unterstützt werden, Strukturen innerhalb ihrer Institution aufzubauen und Netzwerke mit weiterversorgenden Institutionen aus Gesundheitssystem und Jugendhilfe zu knüpfen. Auch die Checklisten sind im Anhang beigefügt und stehen für die Implementierung interessierter pädiatrischer Praxen sowie Kinder- und Jugendkliniken zur Verfügung.

	Checklisten (CL)	
I	CL Struktur (K)	Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken
II	CL Struktur (P)	Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in pädiatrischen Praxen

Tabelle 2: Standardinstrumente auf Strukturebene in pädiatrischen Einrichtungen

6. IMPLEMENTIERUNGSPROZESSE IN DEN GESUNDHEITSVERSORGENDEN EINRICHTUNGEN

6.1 Schritte des Implementierungsprozesses

Entsprechend dem *Phasenmodell* oder *Quality Implementation Framework* werden Implementierungsprozesse grundsätzlich in vier verschiedenen Implementierungsschritten umgesetzt (Hochuli Freund et al. 2023).

1. Bedarfsanalyse: Bedarfsidentifikation, Bestimmung des Implementierungsgegenstandes und Vorbereitung des Implementierungsprozesses
2. Installieren von Strukturen: Erstellen von Plänen für die Vorgehensweisen im Implementierungsprozess sowie Benennung von Verantwortlichkeiten
3. Implementierung: Phase der eigentlichen Implementierung des Implementierungsgegenstands
4. Reflexion: Bewertung des Prozesses und Ableitung von Verbesserungspotenzialen für nachfolgende Implementierungsprozesse

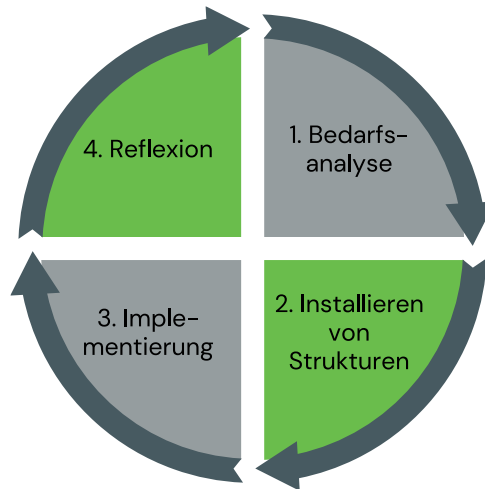


Abbildung 9: Phasenmodell/ Quality Implementation Framework
(eigene Darstellung nach Hochuli Freund et al., 2023)

6.2 Ziele des Implementierungsprozesses

Für eine Umsetzung von medizinischem Kinderschutz in pädiatrischen Einrichtungen gilt es, die unter 5.1 - 5.3 beschriebenen Standards in den Kinder- und Jugendkliniken sowie den pädiatrischen Praxen zu implementieren. Medizinischer Kinderschutz kann dann als standardisiert gelten, wenn sowohl die strukturellen Anforderungen entsprechend der Checklisten als auch die verfahrensbezogenen Anforderungen entsprechend der Ablaufschemata und der die Ablaufschemata vertiefenden Handlungsleitfäden erfüllt sind.

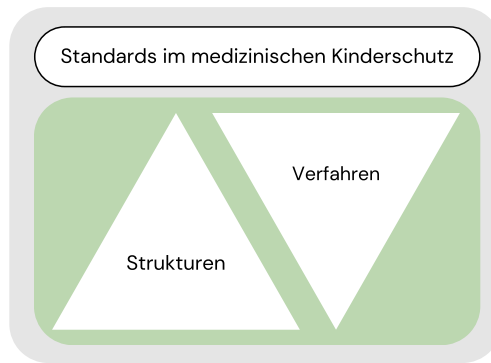


Abbildung 10: Standards im medizinischen Kinderschutz (eigene Darstellung)

Die Implementierung der Standards ist dabei keine punktuelle Maßnahme, sondern muss als repetitiver Prozess begriffen werden. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass insbesondere in Institutionen der Gesundheitsversorgung Verfahren immer wieder erneut kommuniziert, verfestigt und eingeübt werden müssen. Zum anderen trägt jeder einzelne Versorgungsfall zur Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe bei, da in der tatsächlichen Umsetzung sowohl deren Stärken als auch deren Schwächen jeweils augenscheinlich werden können.

Insofern folgt der Implementierungsprozess jeweils schrittweise immer den drei folgenden Hauptzielen und muss hinsichtlich dieser auch bewertet werden.

Ziel 1: (Erst-)Implementierung des Standards

Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung des implementierten Standards

Ziel 3: Langfristige Qualitätssicherung des implementierten Standards

(Erst-)Implementierung des Standards: In einem ersten Schritt gilt es, die strukturellen Voraussetzungen entlang der Checklisten sowie die verfahrensbezogenen Voraussetzungen entlang der Ablaufpläne innerhalb der Einrichtungen umzusetzen. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine optimale Qualität nicht schon mit Beginn des Implementierungsprozesses erreicht werden kann und auch nicht zwangsläufig schon zu Beginn erreicht werden muss. Vielmehr geht es darum, auch kurzfristig medizinischen Kinderschutz in einer Einrichtung zu betreiben. Insofern kann es zunächst angezeigt sein, die Anforderungen an die Implementierung – also an die Umsetzung der Standards in die Praxis der Einrichtungen – zunächst abzustufen. So sollten die Checklisten, Ablaufpläne und Handlungsleitfäden auf einzelne Aspekte, die ggf. nicht unbedingt in jeder Detailtiefe schon zu Beginn des Implementierungsprozesses umgesetzt werden müssen, hin untersucht werden. Im Ergebnis steht dann im Umkehrschluss ein Set von Aspekten, die als Voraussetzungen für die Implementierung des medizinischen Kinderschutzes gelten müssen.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung des implementierten Standards: Auf Basis der in der Reflexionsphase herausgearbeiteten Optimierungspotenziale, besteht folglich die Möglichkeit, die Qualität der implementierten Standards insofern zu verbessern, als dass auch die

6. IMPLEMENTIERUNGSPROZESSE

zuvor noch nicht umgesetzten Aspekte sukzessive ebenfalls in die Umsetzung kommen. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass die einzelnen Instrumente wie Checklisten, Ablaufpläne und Handlungsleitfäden in sich ebenfalls im Fluss sein müssen und einer sukzessiven Weiterentwicklung bedürfen. Die Qualitätsverbesserung sollte sich zudem auch auf die Frage beziehen, ob es ggf. notwendig sein könnte, weitere Instrumente in den Implementierungsprozess der Einrichtung aufzunehmen.

Langfristige Qualitätssicherung des implementierten Standards: Einmal implementierte Standards sind nur dann zielführend, wenn sie dauerhaft in hoher Qualität sichergestellt werden. Hierfür bedarf es z.B. immer wiederkehrender Schulungen, um alle Mitarbeiter:innen auf einem hohen Umsetzungsniveau zu halten, aber auch um neues Personal auf das bestehende standardbezogene Qualitätsniveau anzuheben.

Hierin wird deutlich, dass der Implementierungsprozess konsequenterweise niemals ganz abgeschlossen sein kann, da alle drei Zielprämissen fortlaufend überprüft werden und ggf. entsprechende Maßnahmen wiederkehrend ergriffen werden müssen.

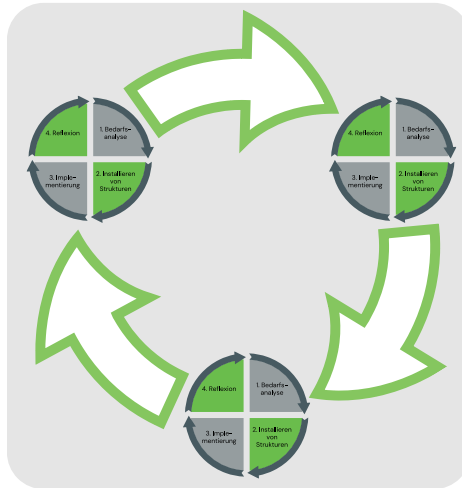


Abbildung 11: Wiederkehrender Implementierungsprozess (eigene Darstellung)

6.3 Implementierungsprozess von medizinischem Kinderschutz entlang der Implementierungsschritte

Bezogen auf den medizinischen Kinderschutz kann der Implementierungsprozess sukzessive entlang der vier Implementierungsschritte durchdekliniert werden.

Im Folgenden wird zunächst der Prozess für das Ziel 1: (Erst-)Implementierung des Standards beschrieben. Gleichzeitig wird der Umgang mit Aspekten, die einer weiterführenden Betrachtung unter den Prämissen der Ziele 2 und 3 bedürfen, veranschaulicht.

Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse geht der eigentlichen Umsetzung der Standards zum medizinischen Kinderschutz voraus. In dieser Phase wird zunächst ein Überblick über den adressierten Im-

plementierungsgegenstand gewonnen. Gleichzeitig erfolgt eine Bestandserhebung bereits in der routinemäßigen Umsetzung befindlicher Teilaspekte, notwendiger Maßnahmen, vorhandener Ressourcen sowie die Beschreibung der Notwendigkeit einer etwaigen Kapazitätserweiterung.

Implementierungsgegenstand	Vorgehen
verfahrensbezogene Standards	<i>Welches Verfahren soll in der Einrichtung zur Erreichung eines Mindeststandards im med. Kinderschutz implementiert werden? (Auswahl eines Ablaufschemas; Auswahl von bestimmten HLFs, inkl. ihrer Adaptierung)</i>
	<i>Welche Teilaspekte des Verfahrens sind bereits installiert? (Bestandserhebung innerhalb der eigenen Institution)</i>
	<i>Wo sind Lücken? (Beschreibung der Differenz zwischen dem ausgewählten Verfahren und den bereits implementierten Teilaspekten)</i>
	<i>Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)?</i> • <i>Inhalt des Ablaufschemas/HLFs (Wie wird der Inhalt verstanden?)</i> • <i>Einrichtungsart (päd. Praxis; Kinder- u. Jugendklinik, ...)</i> • <i>Standortfaktoren (urban/ländlich; weitere Einrichtungen im med. Kinderschutz in der Umgebung, ...)</i> • <i>Anpassungsbedarf des Ablaufplans/HLFs (Welche Anpassungen braucht es für die Implementierung in der spezifischen Einrichtung?)</i> • <i>Durchdringungsgrad und Regelmäßigkeit der bereits implementierten Teilaspekte bewerten</i> •
strukturbezogene Standards	<i>Welche Strukturen sind für das zu implementierende Verfahren notwendige Voraussetzung? (Bewertung der Checkliste auf das gewählte Verfahren hin)</i>
	<i>Welche Strukturen sind in der Einrichtung bereits installiert? (Bestandserhebung innerhalb der eigenen Institution)</i>
	<i>Wo sind Lücken? (Beschreibung der Differenz zwischen den als notwendig beschriebenen und den vorhandenen Strukturen)</i>
	<i>Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)?</i> • <i>Inhalt der Checkliste (Wie wird der Inhalt verstanden?)</i> • <i>Einrichtungsart (päd. Praxis; Kinder- u. Jugendklinik, ...)</i> • <i>Standortfaktoren (urban/ländlich; weitere Einrichtungen im med. Kinderschutz in der Umgebung, ...)</i> • <i>Anpassungsbedarf der Checkliste (Welche Anpassungen braucht es für die Implementierung in der spezifischen Einrichtung?)</i> • <i>Durchdringungsgrad und Regelmäßigkeit der bereits implementierten Teilaspekte bewerten</i> •

Ergebnis der Phase: Im Ergebnis der Bedarfsanalyse steht die Definition des Implementierungsgegenstands, der sich aus den Zielen der Standardimplementierung abzüglich bereits umgesetzter Aspekte ergibt.

6. IMPLEMENTIERUNGSPROZESSE

Installieren von Strukturen

Mit dem Installieren der Strukturen sind in diesem Fall nicht die beschriebenen strukturellen Standards im medizinischen Kinderschutz gemeint. Entsprechend dem *Quality Implementation Framework* müssen im Vorfeld der eigentlichen Implementierung zuerst die Rahmenbedingungen für die Implementierungsphase geschaffen werden. Konkret bedeutet dies, dass innerhalb einer Einrichtung Zuständigkeiten für den Implementierungsprozess geklärt, Teams als Organisationseinheiten gebildet und entsprechende Pläne für diesen Prozess erstellt werden müssen.

Vorgehen
<i>Einrichtung eines Implementierungsteams (Festlegen eindeutiger Zuständigkeiten)</i>
<i>Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)?</i> • <i>Sicherstellung von Kompetenzen</i> (Ist das Team mit ausreichenden Kompetenzen in der Durchsetzung ausgestattet?) • ...
<i>Klärung der Zuständigkeiten für die Umsetzung der strukturbezogenen Voraussetzungen (Festlegung von Aufgaben, Rollen, Kooperationspartnern)</i>
<i>Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)?</i> • <i>Personalstruktur</i> (zuständige Ärzt:innen/MFAs in der päd. Praxis; personelle Besetzung von Kinderschutzgruppen in der Klinik, ...) • <i>Versorgungsstruktur</i> (leistbare Versorgung innerhalb der eigenen Einrichtung? Überweisungsabläufe hin zu weiterversorgenden Einrichtungen? Kooperationsbeziehungen, ...) • <i>Netzwerkstruktur</i> (Partner vor Ort, die in das Netzwerk einbezogen werden können; eigene Teilnahme an vorhandenen Netzwerken, ...) • <i>Infrastruktur</i> (Räumlichkeiten, Ausstattung, Dokumentationsinstrumente, Organisationsstruktur mit anderen Fachdisziplinen in der eigenen Einrichtung, Organisationsstruktur zur Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen, ...) • ...
<i>Klärung der Zuständigkeiten für die verfahrensbezogenen Voraussetzungen (Festlegung von Aufgaben, Rollen, Kooperationspartnern)</i>
<i>Welche Aspekte sind zu berücksichtigen (beispielhaft)?</i> • <i>Anwendungsbereiche</i> (In welchen Bereichen soll der Implementierungsgegenstand umgesetzt werden? Wie kann er dort verbreitet werden? Welche Materialien werden dafür zur Verfügung gestellt?) • ...

Ergebnis der Phase: Es wurden sowohl Zuständigkeiten für die Organisation der Implementierung des medizinischen Kinderschutzes als auch Zuständigkeiten im Versorgungsablauf im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung festgelegt.

Implementierung

Erst in der dritten Phase des Gesamtprozesses findet die eigentliche Implementierung statt. Für den medizinischen Kinderschutz müssen dafür zunächst die strukturellen Voraussetzungen, die im Anschluss an die Bedarfsanalyse entlang der Checklisten festgelegt wurden, umgesetzt werden. Mit der Implementierung der notwendigen Strukturen kann dann im Versorgungsfall, d.h. im Falle eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung, das festgelegte Verfahren umgesetzt werden. Konkret bedeutet dies, dass die Versorgung von Kinderschutzfällen ab diesem Zeitpunkt entlang der Ablaufschemata verläuft und somit eine möglichst hohe Leitlinienkonformität gewährleistet werden kann.

Vorgehen
Implementierung der strukturbezogenen Standards
Implementierung der verfahrensbezogenen Standards

Ergebnis der Phase: Die Umsetzung der Standards im medizinischen Kinderschutz ist erfolgt.

Reflexion

Die Reflexionsphase sollte sich mit der Bewertung des Ist-Stands nach erfolgter Implementierung, der Bewertung der Qualität der implementierten Abläufe sowie der Frage nach der Sicherung der erreichten Ergebnisse auf drei Aspekte beziehen. Dabei ist bei den daraus abzuleitenden weiterführenden Schritten immer die diesbezügliche Zielpunktprämisse (Ziel 1, Ziel 2 oder Ziel 3) zu beachten.

Vorgehen
<i>Was fehlt noch zur vollständigen Umsetzung der in der Bedarfsanalyse festgelegten Verfahren? (Bewertung des Ist-Stands nach erfolgter Implementierung)</i> <i>Weiterführende Schritte, falls noch Lücken in der vollständigen Umsetzung identifiziert werden:</i> → Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von <u>Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung</u> (Schwerpunkt: weitere Instrumente für die Umsetzung nutzbar machen)
<i>Wie ist die Umsetzung der in der Bedarfsanalyse festgelegten Verfahren gelungen? (Bewertung der Qualität der implementierten Abläufe)</i> <i>Weiterführende Schritte, falls noch qualitative Optimierungsbedarfe in der Umsetzung identifiziert werden:</i> → Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von <u>Ziel 2: Kontinuierliche Qualitätsverbesserung</u> (Schwerpunkt: in die Adaptierung der Instrumente die Erfahrungen aus dem ersten Implementierungsprozess einfließen lassen; z.B. unter Überprüfung des Implementierungsgegenstands auf seinen Nutzen, Inhalt oder Umsetzungsfähigkeit)

6. IMPLEMENTIERUNGSPROZESSE

Im Falle einer gelungen Umsetzung der festgelegten Verfahren: Wie kann diese hohe Qualität dauerhaft gesichert werden? (Frage nach der Sicherstellung der erreichten Ergebnisse)

Weiterführende Schritte, falls die Umsetzung in Vollständigkeit und Qualität als gelungen bewertet wird:

- Initiierung eines erneuten Durchgangs des Implementierungsprozesses, diesmal unter der Prämisse von Ziel 3: langfristige Qualitätssicherung

Ergebnis der Phase: Der gesamte Implementierungsprozess wird rückblickend bewertet. Die Bestimmung weiterführender Schritte geben den Anstoß zu erneuten Durchgängen von Implementierungsprozessen. Dabei ist immer darauf zu achten, unter welcher Zielpunktprämisse (Ziel 1, Ziel 2 oder Ziel 3) der zu reflektierende Implementierungsprozess durchgeführt wurde.

7. MEDIZINISCHER KINDERSCHUTZ IN DER PERSPEKTIVE

MeKidS.best bot die Chance, die aus der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie abgeleiteten Standards des medizinischen Kinderschutzes nicht nur zu implementieren und umfangreich zu erproben. Es bot durch ein kontinuierliches Qualitätsmanagement in den Arbeitsgruppen, die wie Qualitätszirkel fungierten, auch die Möglichkeit, diese implementierten Standards zu evaluieren und auf ihre Umsetzungsfähigkeit in den verschiedenen Einrichtungen hin zu bewerten. Mögliche Anpassungsbedarfe wurden besprochen, es wurde sich gegenseitig beraten und Verbesserungsansätze wurden in die erneuten Durchgänge der einrichtungs-internen Implementierungsprozesse aufgenommen. Auf diesem Wege war eine sukzessive Weiterentwicklung der Versorgungsqualität über die Laufzeit möglich.

Bereits nach zwei Jahren Erprobungszeit konnte auf diesem Weg eine spürbare Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Auf der einen Seite kann somit die Übertragung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in die Standards als erfolgreich gewertet werden. Die Entwicklungen bestätigen auf der anderen Seite aber auch, dass die Vorgehensweise entlang der in diesem Handbuch beschriebenen Schritte des Implementierungsprozesses richtig war, und machen Mut, den Weg weiterzugehen und weitere Akteure auf diesem Weg für die Umsetzung von medizinischem Kinderschutz in ihren Einrichtungen zu gewinnen.

Doch für eine langfristige Fortführung der Bemühungen bedarf es unterstützender Rahmenbedingungen. Die eingangs erwähnten Bedingungen, die in MeKidS.best durch die Unterstützung des Innovationsfonds gewährleistet werden konnten (zusätzliches Personal in den Kliniken und organisatorische sowie fachliche Unterstützung), müssten im Sinne eines bundesweiten Roll Outs zur Verfügung stehen.

Für die notwendigen zusätzlichen personellen Ressourcen in der Versorgung besteht auch nach Beendigung der Projektlaufzeit das initiale Anliegen fort, medizinischen Kinderschutz zu einem regelhaften Bestandteil der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung zu machen. Erste Schritte in Richtung einer nachhaltigen Finanzierung sind mit aktiver Unterstützung der Konsortialkrankenkassen bereits gegangen. Aber auch über die kommunale Daseinsvorsorge bestehen Potenziale der Unterstützung des medizinischen Kinderschutzes, die sich neben dem Zusammenwirken mit den Jugendhilfebereichen nicht zuletzt in der Befähigung von pädiatrischen Einrichtungen zu einer proaktiven Beteiligung an der zwingend erforderlichen fallunabhängigen Netzwerkarbeit niederschlagen könnten.

Hinsichtlich der Frage nach einer organisatorischen und fachlichen Unterstützung hoffen die Autor:innen, mit diesem Handbuch ein Instrument an die Hand geben zu können, dass zumindest einen Teil der im Projekt vorhandenen Hilfen substituiert und somit zum Aufbau von Strukturen bzw. zur Verbesserung von medizinischem Kinderschutz in den Einrichtungen beiträgt.

8. WEITERFÜHRENDE LINKS UND LITERATUR

Informationen für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) stellt alle Veröffentlichungen rund um die AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie zur Verfügung und informiert über den Stand der Aktualisierung der Kinderschutzleitlinie: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-069>

Die DGKiM informiert über ihre und aktuelle Veranstaltungen im Kinderschutz, Zertifikate, Akkreditierungen und stellt neben der Kinderschutzleitlinie und dessen Zusatzmaterialien weitere Leitfäden für spezielle Bereiche im medizinischen Kinderschutz zur Verfügung: <https://www.dgkim.de>

Das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG NRW) stellt Leitfäden und weitere Materialien für den Kinderschutz im Gesundheitsdienst zur Verfügung und informiert über ihre Veranstaltungen: <https://www.kkg-nrw.de/informationen>

The Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) stellt aktuelle Systematische Reviews für den medizinischen Kinderschutz zur Verfügung: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/clinical-guidelines>

Die Medizinische Kinderschutzhotline stellt Informationsmaterialien und Hinweise zu ihren Veranstaltungen zur Verfügung. Zudem ist die 24h Telefonerreichbarkeit hier zu finden: <https://kinderschutzhotline.de/>

Auswahl von Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten:

Fortbildungsangebote der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

- Basiskurs Kinderschutzmedizin für alle Berufsgruppen
- Aufbaukurs Kinderschutzmedizin für Ärzt:innen
- www.dgkim.de

Fortbildungsangebote der Ärztekammern

- [Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“](#) für Ärzt:innen
- [Curriculum „Gesundheitsförderung und Prävention“](#) für Ärzt:innen
- [Curriculum „PÄDIATRIE -Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie“](#) für Medizinische Fachangestellte

E-Learningangebote

- z.B. Angebote der Uniklinik Ulm: <https://elearning-kinderschutz.de>

Weitere Fortbildungsangebote

- Nationales Zentrum Frühe Hilfen: <https://www.fruehehilfen.de>
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexualisierte Gewalt (DGfPI): <https://dgfpi.de/index.php/startseite.html>
- Die Kinderschutzzentren: [Startseite - Kinderschutz-Zentren](#)

Bundesweite Angebote/Informationen für Kinder und Jugendliche

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

Bundesweite Angebote/Informationen für Eltern

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

9. VERZEICHNISSE

Literaturverzeichnis

Barth, Michael (2022): Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit aus medizinischer und psychosozialer Perspektive. Hg. v. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz, 10). Online verfügbar unter https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Expertise-Gewichtige-Anhaltspunkte-fuer-Kindeswohlgefaehrdung-b.pdf, zuletzt geprüft am 30.06.2023.

BGH (2016): BGH - XII ZB 149/16. Beschluss vom 23. November 2016. Begründet von Bundesgerichtshof.

Caffey, J. (1946): Multiple fractures in the longbones of infants suffering from subdural hematoma. In: The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine (56), S. 163–173.

Caffey, J. (1972): The parent-infant traumatic stress syndrome; (Caffey-Kempe syndrome), (battered babe syndrome). In: The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine (114(2)), S. 218–229.

DGKiM Leitfaden (2023): Empfehlungen zum Kinderschutz in der Medizin. Strukturen und Vorgehen bei Verdacht auf Vernachlässigung von und Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (Version 2.0).

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg (2019): Die insoweit erfahrene Fachkraft. Hg. v. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg. Online verfügbar unter https://www.fachstelle-kinderschutz.de/files/01_Fachstelle_Kinderschutz/Publikationen/Fachartikel/die%20insoweit%20erfahrene%20Fachkraft%20Aug.%202019.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2023.

Gerber, Christine; Kindler, Heinz (2020): Kriterien einer qualifizierten Gefahreinschätzung. Online verfügbar unter https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/Jugend_Mitglieder/Qualitaetsentwicklung_Kinderschutz/E03_Expertise_DJI_Kriterien_einer_qualifizierten_Gefaehrdungseinschaetzung_002_.pdf, zuletzt geprüft am 30.07.2023.

Gesetz zum Übereinkommen vom 20. November 1989 über die Rechte des Kindes. In: Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1992, Teil II.

Herrmann, B.; Dettmeyer, R.; Banaschak, S.; Thyen, U. (2016a): Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/Herrmann-Kindesmisshandlung-3.Aufl.2016-Seite_1-26-Vorwort-Inhalt.pdf

Herrmann, B.; von Bismarck, S.; Franke, I.; Dettmeyer, R.; Blume, F.; Frese, G. et al. (2016b): Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. Version 1.6. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGK-IM) und Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ).

Hochuli Freund, U.; Gebert, J.; Sprenger, R.; Amez-Droz, P.; Hübscher, R.; Grumbinaite, I. (2023): Wie Entwicklungs- und Implementierungsprozesse gelingen können. Skizze eines integrativen Phasenmodells. In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching 30 (1), S. 59–78. DOI: 10.1007/s11613-022-00799-8.

Kempe, C. Henry; Silverman, Frederic N.; Steele, Brandt F.; Droegemueller, William; Silver, Henry K.: The battered-child syndrome. In: Jama (181(1)), S. 17–24. DOI: 10.1001/jama.1962.03050270019004.

Kinderschutzleitlinienbüro (2019): AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie). Langfassung, 1.0. AWMF-Registrierungsnummer: 027-069.

KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (2020): Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis. Online verfügbar unter https://www.kkg-nrw.de/file-admin/pdf/P2206058-D_Leitfaden_A4_Paediatriische_Praxis_WEB.pdf

Landeskinderschutzgesetz NRW (2022): Gesetz zum Schutz des Kindeswohls und zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen.

Meadow, R. (1977): Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. In: Lancet (London, England) 2 (8033), S. 343–345. DOI: 10.1016/S0140-6736(77)91497-0.

Schwier, F.; Manjgo, P.; Kieslich, M. (2019): Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 167 (10), S. 856–867. DOI: 10.1007/s00112-019-0751-z.

Tardieu, Ambroise (2008): Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. In: Enfances & Psy 39 (2), S. 174–178.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Auswirkungen von Kindeswohlgefährdungen	21
Abbildung 2:	Regionale Verteilung der MeKidS.units als zentrale Institutionen in der Versorgungsstruktur des medizinischen Kinderschutzes im Ruhrgebiet	24
Abbildung 3:	Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	28
Abbildung 4:	Vorgehen bei Bekanntwerden von gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung nach § 4 KKG, adaptiert nach Kinderschutzleitlinie (Kitteltaschenkarte § 4 KKG)	30
Abbildung 5:	Handlungsoptionen und deren Dringlichkeit nach Einschätzung des Gefährdungsrisikos	32
Abbildung 6:	Ablaufschema für die ambulante krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe)	35
Abbildung 7:	Ablaufschema für die stationäre krankenhäusliche Versorgung (für Einrichtungen mit einer Kinderschutzgruppe)	36
Abbildung 8:	Ablaufschema für die ambulante niedergelassene Versorgung	38
Abbildung 9:	Phasenmodell/ Quality Implementation Framework	44
Abbildung 10:	Standards im medizinischen Kinderschutz	45
Abbildung 11:	Wiederkehrender Implementierungsprozess	26
Tabelle 1:	Instrumente auf Verfahrensebene in pädiatrischen Einrichtungen	40
Tabelle 2:	Standardinstrumente auf Strukturebene in pädiatrischen Einrichtungen	43

Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Der Handlungsleitfaden regelt das multiprofessionelle und interdisziplinäre Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Dieses Vorgehen beinhaltet eine Abklärung, die folgende Ziele verfolgt:

1. Einleitung einer Abklärung mit interdisziplinärer Diagnostik und Beurteilung unter Berücksichtigung hausinterner Absprachen und Zuständigkeiten.
2. Multiprofessionelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos: Bewertung aller relevanten Informationen durch die verschiedenen Berufsgruppen. In Ausnahmefällen (z.B. Abklärung in der Notaufnahme ohne Verfügbarkeit einer Kinderschutzgruppe) erfolgt die Einschätzung des Gefährdungsrisikos durch das 4-Augen-Prinzip, also durch eine/n Ärzt:in zusammen mit einer weiteren Fachkraft.
3. Berichterstellung mit Einschätzung des Gefährdungsrisikos und schriftlich fixierten Empfehlungen für die Anbindung.

2. Ablauf

Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile zur Gefährdungsrisikoeinschätzung unter Benennung der verantwortlichen Professionen der Kinderschutzgruppe dargestellt. Für diese gelten folgende Abkürzungen: ärztliches Personal = Med, psychologisches Personal = Psy, Sozialarbeitende = SA, Pflege = Pfl.

2.1 Erweiterte Anamnese

Med/Psy/SA

Ergänzung der Anamnese und des Vorstellungsanlasses:

Hierbei müssen alle relevanten Informationen zur medizinischen Vorgeschichte, Sozialanamnese, Familienanamnese sowie eventueller Vorbefunde gesammelt werden (s. AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie).

2.2 Überprüfung rechtliche Situation und Dokumentation der Ansprechpartner:innen

Med/Psy/SA

Überprüfung der rechtlichen Situation:

- Klärung der Sorgerechtsfrage
- Klärung des Auftrags, welcher evtl. von der Verfügbarkeit eines/einer Erziehungsberechtigten entbindet (z.B. Kind kommt mit einem Jugendamtsmitarbeitenden aus der Schule)

und das Kind sagt, dass ihre/seine Eltern auf keinen Fall etwas wissen dürfen; Kind ist 14 Jahre und laut Jugendamtsmitarbeitenden wird der Fall bereits als § 8a-Fall eingeschätzt)

- Ggf. Information an die Erziehungsberechtigten über das Vorgehen und ggf. bereits zu diesem Zeitpunkt Einholung von Schweigepflichtentbindungen (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*)

Dokumentation relevanter Kontakte (Notiz von Name und Erreichbarkeit):

- Ggf. bereits vorhandenen Kontakt zum Jugendamt
- Behandelnde/r Kinderärzt:in
- Weitere Personen, die für eine erweiterte Anamnese unterstützen könnten (z.B. Kindergarten/Schule/Frühförderstelle)

2.3 Befunderhebung

Zu empfehlen ist ein Abgleich der persönlichen Wahrnehmung mit einer weiteren Fachkraft („4-Augen-Prinzip“)

Med/Psy/SA/PfI

- Medizinische Befunderhebung und -dokumentation sowie orientierende Erhebung des Entwicklungsstandes/der kognitiven Situation des Kindes bzw. Jugendlichen; Erstellung eines Befundes mit deskriptivem medizinischem Befund inkl. ICD-10-Diagnose **[Med]**
- Psychologische Einschätzung der Entwicklung/des Verhaltens des Kindes bzw. Jugendlichen, Erhebung des psychopathologischen Status, Beurteilung des Interaktionsverhaltens mit Elternteilen;

Erstellung eines entwicklungspsychologischen/psychopathologischen Befundes nach ICD 10 auf der Basis eines ersten klinischen Eindrucks und/oder Screenings (dafür ist u.U. eine Erweiterung der Anamnese notwendig: Psychologische Anamnese/Exploration mit sekundären Bezugspersonen wie z.B. aus der Kita, Schule, Therapeut:innen oder Ärzt:innen). **[Psy]**

- Pflegerische Dokumentation von Beobachtungen zu Verhalten bzw. Interaktion Eltern und Kind mit Führen eines Besucherverzeichnisses **[PfI]**
- Ggf. zusätzliche Erhebung der Sozialanamnese **[SA]**

2.4 Fachlicher Austausch und Planung im Team

Med/Psy/SA/PfI

Ziel ist die Festlegung der weiteren medizinischen, ggf. psychologischen Diagnostik, der Notwendigkeit zur Erweiterung der Anamnese sowie unbedingt auch eine erste Einschätzung hinsichtlich der Dringlichkeit des Austausches mit dem Jugendamt.

Es erfolgt ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten, in welchem die Sorge um das Kindeswohl dargelegt und möglichst der Grund für eine Erweiterung der Diagnostik erläutert wird. Berufsgeheimnisträger:innen wie Ärzt:innen, Psycholog:innen oder andere Angehörige von Heilberufen sollen das Jugendamt informieren, wenn nach deren Einschätzung eine drin-

gende Gefahr für das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen besteht und das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert (Rechtsgrundlage nach § 4 KKG; s.u. 2.6).

Die Dringlichkeit dessen ist besonders gegeben, wenn ...:

- es Geschwisterkinder gibt.
- es sich um eine ambulante Vorstellung handelt und das Kindeswohl nach Verlassen der Ambulanz nicht als gesichert zu erachten ist.
- es sich um eine drohende/anzunehmend-eskalierende Situation handelt (z.B. Substanzabusus in der Häuslichkeit, häusliche Gewalt der Familienangehörigen untereinander).
- der weitere Aufenthaltsort des Kindes als nicht sicher zu ermitteln erscheint (z.B. Erziehungsberechtigte geben den Aufenthaltsort des Kindes nicht preis, möchten den stationären Aufenthalt beenden, haben keine Kontaktdaten ausgehändigt). In dieser Situation müssen ggf. auch weitere Maßnahmen ergriffen werden, welche hausintern vorab zu klären sind; i.d.R. Verständigung der Polizei gemeinsam mit Notdienst des Jugendamtes am Standort des Klinikums (s. HLF Polizei).

Hinweis: Zu allen Zeitpunkten bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung kann eine externe pseudonymisierte Beratung in Anspruch genommen werden. Für die Beratung kann sowohl eine „Insoweit erfahrene Fachkraft“ als auch die Medizinische Kinderschutzhotline hinzugezogen werden.

2.5 Planung und Durchführung der weiteren Diagnostik

Med/Psy/SA/PfI

Die weitere Diagnostik wird gemäß der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie festgelegt. Das heißt, durch die Erweiterung der klinischen Befunderhebung mittels apparativer/laborchemischer Diagnostik sollen andere, z.B. akzidentelle Ursachen einer möglichen Verletzung oder eines fraglich nicht-akzidentellen Befundes gesucht werden, welche diesen hinreichend erklären, so dass nicht mehr von einer/s Kindesmisshandlung/-vernachlässigung/sexueller Gewalt ausgegangen werden muss.

Diese umfasst ggf. eine ausführliche Gerinnungsdiagnostik, die Beurteilung des Augenhintergrundes, das Röntgen-Skelettscreening, Sonografien, MRT-Untersuchungen, EEGs, entwicklungsneurologische Beurteilung, dermatologische Mitbeurteilung, kindergynäkologische Untersuchung, etc.

2.6 Beurteilung aller Ergebnisse mit Einschätzung des Gefährdungsrisikos

Med/Psy/SA/PfI

Hinweis: Auch zu diesem Zeitpunkt kann (ggf. erneut nach Erhalt der Befunde) eine externe pseudonymisierte Beratung hilfreich sein (s.o. 2.4).

- Es erfolgt eine sorgfältige Befundintegration und -interpretation.
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos der Kinderschutzgruppe im Rahmen mindestens einer Fallbesprechung, ob eine
 - Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. dass eine Gefährdung für das

Kindeswohl besteht.

- Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten sein könnte bzw. dass eine Gefährdung des Kindeswohls bestehen könnte.
- keine Beeinträchtigung des Kindeswohls eingetreten ist bzw. keine Gefährdung des Kindeswohls besteht.

Kommen die Akteure der Fallbesprechung zu dem Entschluss, dass kein Gefährdungsrisiko vorliegt, so erübrigen sich ggf. die folgenden Punkte. In diesem Fall werden die Ergebnisse der Abklärung im Abschlussgespräch berücksichtigt.

- Im Anschluss daran ist ein sog. Eröffnungsgespräch oder Konfrontationsgespräch mit den Erziehungsberechtigten zu führen, in welchem die Sorge um das Kindeswohl aufgrund der erhobenen Diagnostik dargelegt wird.
- Für den Fall, dass zu diesem Zeitpunkt keine anderen Hinweise für eine mögliche Entstehung der Verletzung/ der Befundauffälligkeiten gefunden worden sind, und dass zu diesem Zeitpunkt weiterhin gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bestehen, und zwar im Sinne einer körperlichen Misshandlung, Vernachlässigung, seelisch-emotionalen Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs bzw. einer Mischform ODER einer Befundkonstellation, bei welcher eine Kindeswohlgefährdung bei fortbestehender Situation angenommen werden muss, ist das Jugendamt ggf. auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten zu involvieren.
 - Dabei muss eine Interpretation der erhobenen medizinischen und/oder psychologischen Befunde verständlich formuliert werden, so dass das eingeschätzte Gefährdungsrisiko (für Erziehungsberechtigte und das Jugendamt) nachvollziehbar wird. **[vorrangig Med]**
 - Hier gilt i.d.R. „vielleicht nicht mit Willen, aber nicht ohne Wissen“, d.h. die Erziehungsberechtigten werden von der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterrichtet.
- Zuständigkeiten beim Jugendamt sind zu klären, ggf. Fallbesprechungen mit den Teilnehmer:innen aller Fachbereiche und ggf. dem Jugendamt (Fallkonferenz) zu planen **[vorrangig SA]**
- Sollte es hingegen in dem einzuschätzenden Fall vertretbar erscheinen, gemäß des Bundeskinderschutzgesetzes zunächst auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken und zum aktuellen Zeitpunkt auf eine „Meldung“ nach § 4 KKG (akute Gefährdung) zu verzichten, so ist dies umfassend schriftlich zu dokumentieren. Dabei sollte in der Patientenakte die Art der Hilfsangebote und die Anbindung ins Helfernetz hinreichend schriftlich dargestellt werden, damit für die weiterbetreuenden Instanzen, u.a. den/die Kinderärzt:in etc. ersichtlich wird, welche Hilfen empfohlen wurden. Dies muss aus dem Bericht hervorgehen. (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*) **[Med/Psy/SA/Pf]**
- Bei Vorlage einer entsprechenden Schweigepflichtentbindung, d.h. im Wissen der Erziehungsberechtigten, kann es sinnvoll sein, in diesem Fall das Jugendamt über die Anbindung und die Inanspruchnahme von Hilfen zu informieren.

2.7 Empfehlungen und Anbindung ins Helfernetz

Med/Psy/SA/PfI

- Im Anschluss an den diagnostischen Prozess erfolgt eine gemeinsame Entwicklung von Strategien zur Anbindung an medizinische Einrichtungen. Die Möglichkeiten von Empfehlungen sind vielgestaltig und basieren auf den Ergebnissen der Diagnostik.
- Planung der Überleitung aus dem stationären oder ambulanten Setting ins Helfernetz **[Med/Psy/SA]**
- Beratung der Erziehungsberechtigten zu möglichen Hilfsangeboten (Jugendhilfe, Gesundheitshilfe und freie Träger) und Vermittlung in Hilfsangebote (Beratungsstellen, Jugendamt, Gesundheitsamt, etc.) **[vorrangig SA]**
- Die Anbindung an das Hilfesystem richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten. Anbindungsstellen können z.B. sein: Kinderschutzzentren, Kinderschutzbund (zur Beratung und kurzfristigen Stabilisierung), Jugendamt, SPZ, Frühförderstelle, Traumatherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie, Frühe Hilfen. Das Kooperationsverhalten und die Kompetenz der Erziehungsberechtigten werden anhand folgender Aspekte berücksichtigt **[Med/Psy/SA/PfI]**:
 - Annahme von Hilfen: Bereitschaft und Fähigkeit, z.B. Empfehlungen/Anweisungen und Maßnahmen der Ärzt:innen bzw. des Pflegepersonals umzusetzen
 - Akzeptanz, Verständnis und Einsicht in Diagnosen und Krankheitsfolgen (z.B. chronische Erkrankung und Umsetzung der dazugehörigen erforderlichen Maßnahmen)
 - Ausprägung von Belastungen/Ressourcen oder Risiko-/Schutzfaktoren
- Eine externe Begutachtung kann durch das Familiengericht beauftragt werden (s. *HLF Ärztliche Stellungnahme*).

2.8 Bericht

Alle, die involviert sind, federführend Med

Alle oben geschilderten Informationen müssen im schriftlichen Bericht (z.B. Befundbericht, Kinderschutzbrief oder Stellungnahme) nachvollziehbar sein, damit dieser als Instrument nutzbar und gerichtsverwertbar ist (s. *HLF Kinderschutzbrief*).

Dies gilt für Berichte an weiterbehandelnde Kinder- und Jugendärzt:innen als auch für zuständige Jugendamtsmitarbeitende. Die Weitergabe des Berichtes unterliegt dem Datenschutz (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*). Außerdem ermöglicht ein umfassender Bericht eine zügige Vorlage bei den weiteren Instanzen, z.B. Familiengericht, ggf. Strafverfolgung (sofern gefordert).

Auch ein sorgfältig erstellter Bericht ersetzt kein Gutachten, jedoch kann durch verbindlich und rechtsverwertbare dokumentierte Befunde, eine fundierte Befundinterpretation und Darlegung der Gefährdungssituation eine Verbindlichkeit geschaffen werden. Zudem wird durch die schriftliche Übergabe der relevanten Informationen die Verantwortung geteilt/übertragen, wobei zu berücksichtigen ist, dass Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen eine Garantenstellung ausüben.

2

Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Ziel der Abklärung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ist es, anhand einer Einschätzung zum Gefährdungsrisikos die weiteren Schritte in Bezug auf Hilfe- und Schutzbedarf als auch auf die Dringlichkeit des Handelns festzulegen.

Ein zentraler Baustein bei der Abklärung ist das 4-Augen-Prinzip. Dieses Prinzip bedeutet, dass die eigene Einschätzung des Gefährdungsrisikos sowie das weitere Vorgehen mit Hilfe einer weiteren Fachkraft im fachlichen Austausch präventiv kontrolliert wird. Diese fachliche Beratung kann durch den kollegialen Austausch innerhalb der Praxis und/oder als pseudonymisierte Beratung erfolgen. Die pseudonymisierte Beratung kann über insoweit erfahrene Fachkräfte (InSoFas) vor Ort, in Kompetenzzentren der Länder oder über die Medizinische Kinderschutzhotline in Anspruch genommen werden.

2. Ablauf

Zunächst werden Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen und aufgrund dessen die Abklärung initiiert. Hier gilt es zunächst, innezuhalten und sich zu sortieren. Dabei soll u.a. der Auftrag für den/die Kinder- und Jugendärzt:in festgelegt werden. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, das Kind bzw. Jugendlichen im Fokus zu behalten. Es sollte dem/der Kinder- und Jugendärzt:in bewusst sein, dass eine Instrumentalisierung durch Erziehungsberichtigte möglich ist.

Die erste Zielsetzung ist die Einschätzung des Gefährdungsrisikos. Hierzu müssen objektive Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung benannt werden. Die zusätzliche eigene fachliche Einschätzung zu diesen Anhaltspunkten muss davon abgegrenzt werden. Des Weiteren sollte eine Prognose unter Berücksichtigung von Alter, Entwicklungsstand und Bedürfnis des Kindes bzw. Jugendlichen und der Kompetenz und Kooperation der Erziehungsberechtigten formuliert werden. Zum Erreichen dieser Zielsetzung zählen folgende Punkte:

- **Zusammentragen aller Informationen und medizinische Befunderhebung**
 - Informationen sammeln, Befunde erheben und objektiv bewerten
 - familiäre Ressourcen und Belastungen erfassen
 - Prognose zur Entwicklung des Kindes bzw. Jugendlichen stellen
- **Erörterungsgespräch mit den Erziehungsberechtigten**
 - Kompetenz und Kooperation der Erziehungsberechtigten einschätzen
 - gemeinsame Lösungswege finden
- **Beteiligung der Kinder bzw. Jugendlichen**
 - Gespräch mit Kind bzw. Jugendlichen ermöglichen (ggf. auch ohne Erziehungsberechtigte)
 - alters- und entwicklungsgerechte Sprache verwenden
 - keine Versprechungen machen, die nicht eingehalten werden können

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos erfolgt abschließend im 4-Augen-Prinzip.

Als nächstes erfolgt die Einleitung der weiteren Handlungsschritte unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- **Hilfe- und Schutzbedarf**

- Keine Gefährdung und kein Hilfebedarf
- Keine Gefährdung, aber Hilfebedarf
- Gefährdung mit dringendem Hilfebedarf
- Akute Gefährdung mit unmittelbarem Schutzbedarf

- **Dringlichkeit der weiteren Handlungsschritte**

Dies betrifft bspw. die Frage nach der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten oder auch die Meldung einer Kindeswohlgefährdung bei akuter Gefahr, auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten. Eine Meldung an das Jugendamt ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten ist bundesweit durch den § 4 KKG (Befugnisnorm) geregelt. Gründe für dieses Vorgehen sollen nachvollziehbar im Arztinformationssystem dokumentiert werden.

- **Klärung Fallverantwortung**

Die Verantwortung verbleibt entweder bei dem/der Kinder- und Jugendärzt:in oder wird geteilt bzw. übergeben. Diese Verantwortungsübernahme im Sinne der Garantenstellung von Ärzt:innen zum Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen schließt die Verantwortung der Erziehungsberechtigten nicht aus. Der Informationsaustausch sowie die Rückmeldungen werden geregelt, Ziele festgelegt und entsprechende Wiedervorstellungen vereinbart.

- Keine Einbindung von Dritten

Die Fallverantwortung bleibt bei dem/der Kinder- und Jugendärzt:in. Die Erziehungsberechtigten/Kindern bzw. Jugendlichen werden in die Verantwortung einbezogen. Diese/r arbeitet mit der Familie zusammen. Es werden Ziele vereinbart, umgesetzt und durch Wiedervorstellung gemeinsam überprüft. Die Fallverantwortung kann im Verlauf mit weiteren Dritten geteilt werden.

- Einbindung von Dritten

Die Fallverantwortung wird übertragen/geteilt.

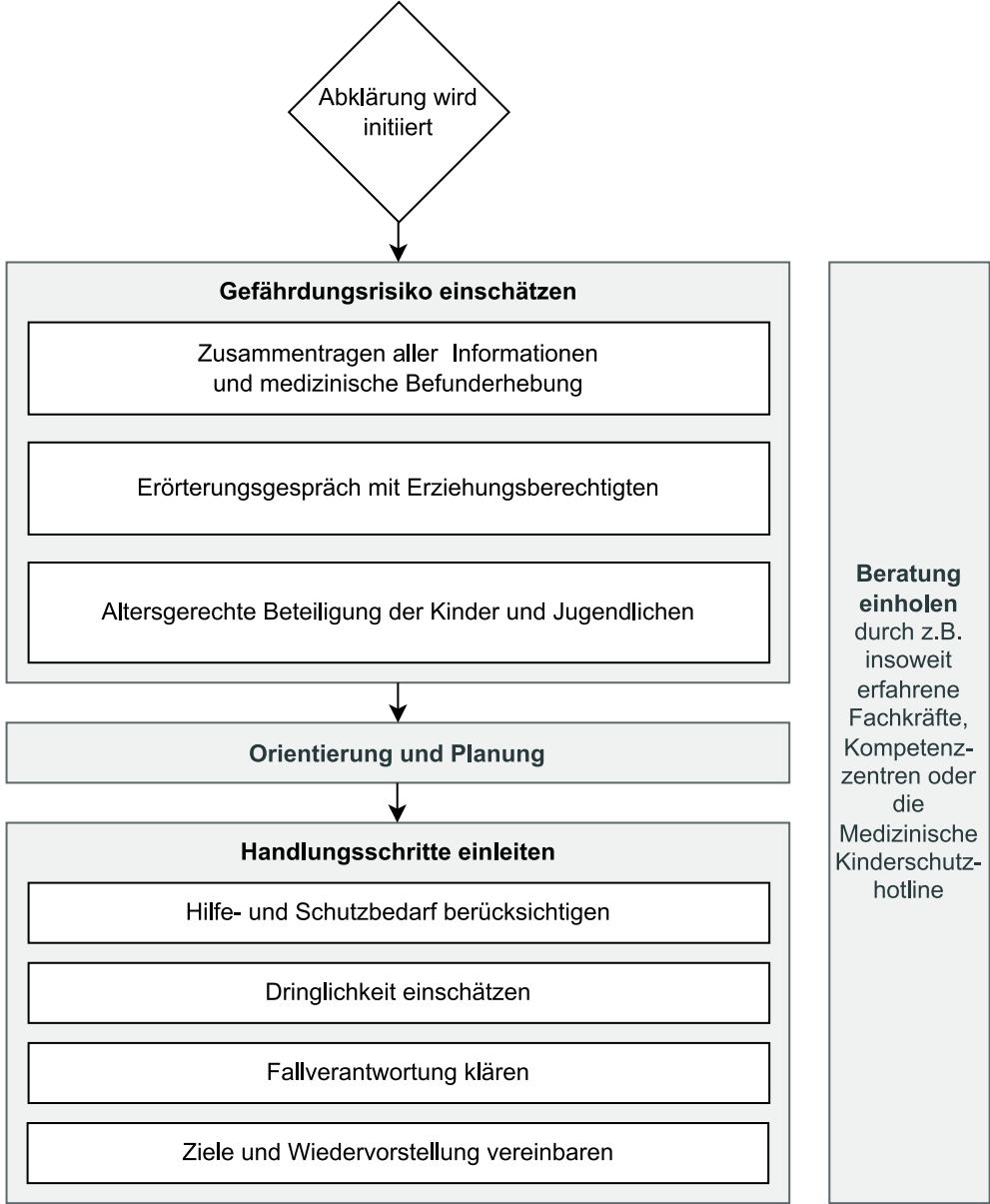
Die Zusammenarbeit erfolgt zwischen Kinder- und Jugendärzt:in, den Erziehungsberechtigten/Kindern bzw. Jugendlichen und einbezogenen Dritten. Der gegenseitige Informationsaustausch wird geregelt. Bei Bedarf wird eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos wiederholt. Es werden Ziele vereinbart, umgesetzt und durch Wiedervorstellung überprüft.

- Fallübergabe (z.B. Jugendamt, Klinik)

Die Fallverantwortung wird auf Dritte übertragen. Die entsprechenden Informationen werden im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten oder aufgrund einer Befugnis zur Weitergabe der Informationen an die fallverantwortliche Person übergeben.

- **Vereinbarung Ziele und Wiedervorstellung (s.o. Klärung Fallverantwortung)**

3. Ablaufschema



Abklärung und Einschätzung des Gefährdungsrisikos innerhalb pädiatrischer Praxen (eigene Darstellung)

3

Gesprächsführung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Erörterungsgespräche finden i.d.R. zwischen der gesprächsführenden Fachkraft (z.B. Ärzt:in) und den Erziehungsberechtigten gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen statt. Einzelgespräche mit den Kindern bzw. Jugendlichen ergeben sich selten, sollten jedoch von der gesprächsführenden Fachkraft initiiert werden. Ein Einzelgespräch soll in jedem Fall stattfinden, wenn die Kinder bzw. Jugendlichen dies wünschen.

Anhand des Gespräches kann eingeschätzt werden, ob die Erziehungsberechtigten kooperativ („Bereitschaft“) und ausreichend kompetent („Fähigkeit“) sind. Dabei sollte eine Konfrontation vermieden, aber die Sorge um die Kinder bzw. Jugendlichen sowie eine Haltung der Fachkraft dazu klar vermittelt werden.

Wenn Erziehungsberechtigte nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, im Sinne des Schutzes des Kindes bzw. Jugendlichen zu kooperieren, sollte die Initiierung weiterer rechtlicher Schritte stattfinden. Darüber sollten die Erziehungsberechtigten informiert werden, soweit der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Voraussetzung für das Gespräch

Für ein Erörterungsgespräch zwischen der gesprächsführenden Fachkraft, den Erziehungsberechtigten und dem Kind bzw. Jugendlichen bedarf es einer ersten Orientierung/ersten Einschätzung zur (aktuellen) Situation des Kindes bzw. Jugendlichen und des geplanten weiteren Vorgehens. Anhand dieser ersten Einschätzung kann die Fachkraft die Dringlichkeit seiner/ihrer nächsten Schritte bestimmen und klare Ziele für das Gespräch festsetzen. Für Gespräche sollten folgende Punkte Beachtung finden:

- Störungen sind vorzubeugen, indem Türen geschlossen sind oder der MFA eine kurze Information dazu gegeben wird.
- Insbesondere bei schwierigen Gesprächen kann es sinnvoll sein, eine weitere Person (z.B. weitere Profession, MFA) als Zeug:in mit im Zimmer zu haben.
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos und die Planung weiterer Schritte sollte immer durch ein 4-Augen-Prinzip sichergestellt werden (s. *HLF Gefährdungsrisiko*).
- Bei unklaren Situationen sollte eine pseudonymisierte Beratung in Anspruch genommen werden. Diese Beratung kann eine erste Orientierung zum weiteren Vorgehen im Umgang mit der Familie als auch eine gezielte fachliche Beratung zu medizinischen Befunden, zu psychosozialen Fragen oder auch Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe sein.

Zudem sollte eine Grundhaltung der gesprächsführenden Fachkraft bestehen, die sich an folgenden Punkten orientiert:

- Balance zwischen Empathie und Distanz: Verstehen aber nicht einverstanden sein; immer auf das Kind bzw. Jugendlichen bezogen bleiben
- Wertfreies Herangehen: Klare, aber sachliche Beschreibung der Beobachtungen, keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe
- Vertrauensvoller Ansatz: Erziehungsberechtigte haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind bzw. Jugendlichen
- Offenheit für Perspektivwechsel: Not der Erziehungsberechtigten wahrnehmen und anerkennen
- Transparenz: Informationen sowie eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen; Grenzen aufzeigen

2. Gesprächsablauf

Die Gesprächsphasen in diesem HLF sind angelehnt an Kölfen (2018)¹. Die Struktur des Gespräches folgt einer „Sandwichstruktur“, wobei der Einstieg und der Ausstieg eine emotionale Klammer bilden und in der Mitte die zu vermittelnde Botschaft eingebettet ist.

Zusätzlich werden Formulierungsbeispiele für das Gespräch mit Bezug zu Hilfevermittlung sowie zu Kinderschutzfällen genannt.

Phase 1: Einstieg in das Gespräch

Sortierung der Fachkraft im Vorfeld des Gesprächs

Kurzes Innehalten zur Sortierung

- Was ist der Gesprächsanlass und welche Informationen liegen vor?
- Wer ist der/die Gesprächspartner:in? Was will ich ihm/ihr mitteilen?
- Was ist das Ziel dieses Gespräches?
- Wie viel Zeit steht für das Gespräch zur Verfügung?
- Über was soll in der vereinbarten Zeit gesprochen werden?
- Welches Ergebnis wäre aus Sicht der Beteiligten wünschenswert?

Gesprächsbeginn

Gesprächsaufnahme

- Begrüßung
- Einführung und Schaffung eines Gesprächsklimas
- Information zu den Gründen und den Zielen des Gesprächs kommunizieren
- Haltung der Erziehungsberechtigten zum Gesprächsthema erfassen

¹ Kölfen W (2018), Ärztliche Gespräche, die wirken – Erfolgreiche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin, 2. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin

Beispiel

Einzelgespräch mit Kind bzw. Jugendlichen initiieren

- „Möchtest du mit mir als deiner/m Ärzt:in sprechen?“
- „Ich würde gerne allein mit dir sprechen und bitte deine Eltern uns allein zu lassen.“ oder „Ich möchte gerne erstmal allein mit Ihrem Kind über [Befund/Beobachtung] sprechen.“ oder „Ich bin dein(e) Ärzt:in. Möchtest du gerne mit mir sprechen? Wir bitten deine Eltern aus dem Zimmer und holen sie dann wieder rein.“

Gesprächsbeginn

- „Ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass ...“ oder „Ich mache mir Sorgen und weiß, dass Sie sich auch Sorgen machen. Ich möchte, dass wir gemeinsam hinschauen.“
- „Ich vermute, dass ...“ oder „Ich möchte, dass wir gemeinsam hinschauen.“
- „Wie erklären Sie sich das?“ oder „Wie schätzen Sie die Situation ein?“

Phase 2: Botschaft**Gemeinsamer Austausch****Informationen austauschen**

- Überleitung zum Kern des Gespräches
- Eigenen Sachstand vermitteln
- Sachstand des Kindes bzw. Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten erfragen

Sorgen aller Beteiligten benennen

- Verständnisfragen klären
- Verantwortungsübernahme thematisieren

Gemeinsam Lösungswege finden

- Optionen erläutern

Tipps

- Zeigen Sie Ihrem/r Gesprächspartner:in, dass Sie sich hier nicht als Gegner gegenüberstehen, sondern gleichberechtigte Gesprächspartner:innen sind, die das Wohl des Kindes bzw. Jugendlichen im Blick und das Ziel haben, gute Lösungen zu finden.
- Benennen Sie die Sorgen und die sich daraus ergebenden Folgen für das Kind bzw. Jugendlichen klar.
- Geben Sie den Erziehungsberechtigten die Möglichkeit, ihre Sicht zu schildern, wie sie die Situation einschätzen und was sie sich für ihr Kind wünschen.
- Erfragen Sie familiäre Ressourcen und Belastungen und entwickeln Sie gemeinsam Ideen für die Verbesserung der Situation.
- Arbeiten Sie die Unterschiede in Ihrer Wahrnehmung und der Wahrnehmung der Erziehungsberechtigten heraus.
- Beziehen Sie die Erziehungsberechtigten und wenn möglich auch das Kind bzw. Jugendlichen in die Lösungsansätze und das weitere Vorgehen ein.
- Fassen Sie die Schilderungen der Erziehungsberechtigten in Ihren eigenen Worten zusammen, um Missverständnisse auszuschließen.
- Stellen Sie immer wieder Rückfragen. So vergewissern Sie sich, ob die Erziehungsberechtigten Ihre Ausführungen nachvollziehen können, zustimmen oder eine andere Haltung haben.
- Werben Sie für Beratungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Frühe Hilfen, Jugendhilfe). Zeigen Sie Hilfsmöglichkeiten (Beratung, Jugendamt, etc.) auf. Geben Sie Kontaktdaten mit bzw. vermitteln Sie Kontakte telefonisch, oder vereinbaren Sie bereits in der Praxis einen Termin.

Beispiel

Verständnisfragen

- „Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe dies aber etwas anders/ich vermute eher, dass ...“
- „Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“ oder „Das ist eine schwierige Situation, für die es Lösungen gibt.“
- „Können Sie sich vorstellen, was Ihr Kind jetzt brauchen könnte?“

Positive Bestärkung

- „Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“
- „Sie haben erzählt, dass Sie ... bereits versucht oder umgesetzt haben. Darauf sollten Sie stolz sein.“ oder „Sie haben schon viel geschafft. Machen Sie weiter so.“
- „In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen ... hilft.“
- „Ich würde gerne wissen, was Sie/du denken/denkst, was Ihnen/dir helfen würde?“
- „Ich kann Ihnen empfehlen, sich an dieser Stelle ... beraten zu lassen/ sich das Angebot vorstellen zu lassen.“
- „Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“ oder „Es ist wichtig, dass Sie verstehen, dass Sie für das Kind die Bezugsperson sind, die die Bedürfnisse ihres Kindes erfüllen sollte. Helfen Sie ihrem Kind, damit Sie seine/ihre Bedürfnisse erfüllen können. Überlegen Sie, was Sie dafür brauchen?“
- „Es ist Ihre Aufgabe als Mutter/Vater, für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen. Bitte sagen Sie mir, was Ihnen dabei helfen könnte?“

Phase 3: Ausstieg aus dem Gespräch**Abschluss****Zusammenfassung und gemeinsame Festlegung**

- Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und Vereinbarungen am Ende des Gesprächs
- Verabschiedung mit positiven abschließenden Bemerkungen

Herausforderungen

- Gemeinsames Ziel annehmen: Schutz und gute Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen
- Vermeiden von Missverständnissen durch Zusammenfassung der Gesprächsinhalte
- Klare Vereinbarung über das weitere Vorgehen: Zeitliche Festlegung
- Aufzeigen von Konsequenzen, z.B. Jugendamt informieren
- Verpflichtungen der Kinder- und Jugendärzt:in dem Kind bzw. Jugendlichen gegenüber: Zusammenarbeit mit dem Jugendamt
- Notizen, die während des Gesprächs gemacht wurden, helfen, grundlegende Haltungen, Ergebnisse und vereinbarte Maßnahmen am Ende des Gesprächs nochmal zusammenzufassen und ein Gesprächsprotokoll anzufertigen. Dieses kann als Grundlage für einen Anschlusstermin dienen und hält fest, welche Schritte folgen sollen und wer für welche Punkte verantwortlich ist.

Beispiel

Ziele, Verpflichtungen und Vereinbarungen

- *„Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“*
- *„Ich habe notiert, dass wir uns am ... wiedersehen. Bis dahin würde ich Sie bitten, sich um... zu kümmern.“ oder „Sie haben schon viel geschafft, darauf können Sie stolz sein.“*
- *„Ich habe folgendes verstanden:...; trotzdem verstehe ich nicht alle Zusammenhänge, deshalb werde ich mir Hilfe beim Jugendamt holen, um die Situation Ihres Kindes und meiner/meines Patient:in zu verstehen. Ich würde es sinnvoll finden, wenn wir diesen Weg gemeinsam gehen.“*
- *„Ich sehe mich verpflichtet zu handeln und werde die Sorge um Ihr Kind mit jemanden teilen, der dafür zuständig ist; dies sind Kolleg:innen des Jugendamtes.“*

3. Impulse

3.1 Ergänzende Hinweise im Umgang mit Kindern bzw. Jugendlichen, Erziehungsberechtigten und der gesprächsführenden Fachkraft

Umgang mit Kindern bzw. Jugendlichen

- Interesse zeigen und Kinder bzw. Jugendliche beteiligen
- Kinder bzw. Jugendliche haben das Recht, über ihre „Geschichte“ mitzubestimmen.
- Kinder bzw. Jugendliche dafür gewinnen, was Sie vorhaben: *„Ich würde jetzt gerne ... machen. Was denkst Du dazu?“*
- Zur Einschätzung Skalen verwenden: *„Wie gefährlich schätzt Du die Situation ein?“*
- Verurteilen der Eltern vor Kindern bzw. Jugendlichen vermeiden: *„Ich kann mir vorstellen, dass Du das nicht gut findest, wenn Dein Vater mit Dir schimpft.“*
Bei Wertungen kommt sofort Loyalität und Widerstand

Umgang mit Erziehungsberechtigten

- Einstieg ins Gespräch: *„Wie geht es Ihnen denn?“*; damit sich die Eltern als Person gesehen fühlen
- Bei fehlenden Details mit weiteren Fragen konkretisieren: *„Sie haben mir beim letzten Mal erzählt, dass ...“*
- Ansprechen: *„Es macht mir Sorge“* – nie Vorwürfe oder Anklagen
- Grundsätzlich wertschätzend bleiben: der gute Kontakt zu Erziehungsberechtigten kann den Kontakt zum Kind bzw. Jugendlichen erleichtern.
- Erziehungsberechtigte mitbestimmen lassen: *„Was hilft Ihnen denn?“*, *„Wenn sich was ändern würde, was könnten Sie davon haben?“*
- Zur Einschätzung Skalen verwenden: *„Wieviel Sorgen machen Sie sich um ihr Kind?“*
- Vereinbarungen gemeinsam aufschreiben

Hinweise für die gesprächsführende Fachkraft selbst

- Ruhe bewahren
- Erfahrung sammeln: Bestimmte Formulierungen zu den „eigenen Sätzen“ umbauen und lernen mit der Zeit anzuwenden

3.2 Herausfordernde Faktoren innerhalb der Gesprächsführung

Faktor Bewusstsein

- Fälle von Vernachlässigung haben häufig eine Historie bei den Eltern. Die Eltern haben ggf. selbst Vernachlässigung und damit eine geringe Wertschätzung erfahren und fühlen sich entsprechend schnell angegriffen bzw. reagieren mit Entwertung nach außen.
 - *„Das ist nicht das, was Sie hören wollen, aber ich weiß auch, dass Sie Gutes für Ihr Kind möchten.“*
 - *„Ich weiß, Sie machen bereits unheimlich viel, aber Sie können auch nicht alles leisten und da müssen wir jetzt mal schauen, wie wir Sie unterstützen können.“*

- „Was denken Sie, was Ihnen helfen kann?“, auf Antwort „gar nichts“: „Gar nichts gibt's nicht“ bzw. „So aussichtslos mag ich das gar nicht sehen bei Ihnen, lassen Sie uns mal überlegen.“

- An Beratungsstelle vermitteln: „Wie erfahre ich von Ihnen, dass das läuft?“
- Termine einhalten: „Wie kann ich Sie unterstützen? Hilft es Ihnen, wenn wir Sie vorab nochmal erinnern?“

Faktor Wertschätzung

- Eltern zur Mitbestimmung einladen: „Wenn sich etwas ändern würde, was könnten Sie davon haben?“, „Ich wünsche Ihnen, Entlastung und Unterstützung zu haben.“
- Als Gesprächsbasis: „Ich weiß, dass Sie Gutes für Ihr Kind wollen“
- Hilfeangebote wertschätzend, niederschwellig formulieren: „Mich würde das auch ganz schön fordern, ...“

Faktor Vertrauen

- Bisheriges Vertrauen nutzen; auf bereits gemeinsam Erreichtes fokussieren: „Wissen Sie noch ...?/ Wir haben schon so viel gemeinsam geschafft. Das schaffen wir auch!“

Faktor Zeit

- Zeitmanagement: Wie können Gespräche im engen Zeitplan untergebracht werden? Gespräche über Schwieriges gehen nicht zwischen Tür und Angel. Manchmal reichen 15-20 Minuten, um etwas deutlich zu machen; für Kinder können bereits 10-15 Minuten lang sein.
- Beurteilen, wie akut die Situation ist; die meisten Fälle haben Zeit: Vieles andere kann warten, ohne aber vergessen zu werden!
- Eltern und Kind bzw. Jugendlichen ernst nehmen, wertschätzen und ihnen Zeit geben
- Familie bei Sorgen wieder einbestellen; für schwierige Gespräche einen Rand-Termin wählen

Faktor Situation aushalten

- Aushalten, dass wichtige Informationen von Eltern und Kind bzw. Jugendlichen nicht mitgeteilt werden: Manchmal wollen Kinder bzw. Jugendliche nichts erzählen – und das dürfen sie (z.B. eine Jugendliche, die sich ritzt: oft wissen die Jugendlichen gar nicht, warum sie so handeln. Dies kann mit diffusen Gefühlen oder Spannungen zu tun haben.).
- Aushalten, Dinge nicht direkt anzusprechen
- Sich bewusst machen, das Abwarten manchmal nicht unbedingt negative Folgen haben muss.
- Aushalten, dass Familien die Praxis wechseln: Das sollte nicht verhindern, wertschätzend und klar zu sein.

Faktor Verantwortung teilen

- Die eigenen Grenzen berücksichtigen und ansprechen, gerade wenn Hilfen notwendig sind: „Dafür brauchen wir jemand anderes ... ich kenne da jemanden.“
- Weiter verweisen an andere Stellen: Jugendberatungsstellen bieten Beratung oft ohne große Wartezeiten niedrigschwellig, vertraulich und ohne Einbezug der Eltern an.

Faktor Interkulturalität

- In anderen Kulturen gibt es nicht nur andere Bilder von Erziehung, sondern auch von Hilfen: Hilfesysteme in Deutschland sind ggf. für andere Kulturen fremd.
 - Mögliche kulturell mitbedingte Problemlagen und Perspektiven beachten: eine Balance zwischen kultursensibler Arbeit und Klarheit bezogen auf das Verständnis von Kindeswohlgefährdung/Kindeswohl finden.
 - Erziehungsberechtigte sensibilisieren und gewinnen, um Hilfestrukturen in Anspruch zu nehmen.
- Sprach- und Kulturbarrieren
 - Sprachbarrieren können einen Hemmfaktor für eine gelungene Kommunikation darstellen.
 - ggf. Sprach- und Kulturmittler:innen in Anspruch nehmen²
 - Falls Kinder bzw. Jugendliche dolmetschen sollten, sollte darauf geachtet werden, dass sie nicht in eine Verantwortungsposition gedrängt werden, der sie ggf. nicht gewachsen sein könnten.

Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Die Dokumentation von Patienteninformationen, wie z.B. Befunde, Bilder und Beobachtungen, ist zentraler Bestandteil im medizinischen Kinderschutz und dient der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Vorstellungen von Kindern bzw. Jugendlichen im Kontext von Gefährdungseinschätzungen sowie bei Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung im Rahmen von anderen Vorstellungsanlässen. Es sollte festgelegt werden, ob die Informationen für die interne oder externe Kommunikation benötigt werden.

Die Dokumentation hat folgende Zwecke:

- Reine Informationsübermittlung an weiterbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen im Sinne eines Arztbriefes (s. *HLF Kinderschutzbrief*)
- Vermeidung der Notwendigkeit erneuter Schilderung des Tathergangs für die Betroffenen (Belastungsreduktion)
- Festhaltung erster Verdachtsmomente im Hinblick auf eine spätere Relevanz im Sinne der Sachklärung (z.B. bei späteren gerichtlichen Verfahren)
- Dokumentation der eigenen Entscheidungsprozesse, insbesondere in Bezug auf das Einleiten oder Nicht-Einleiten von Handlungsschritten (Güterabwägung)

Bei der Dokumentation muss beachtet werden, dass der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen vor unzulässigen Zugriffen durch Dritte auf die Dokumentation (z.B. Bildmaterial) gewährleistet ist. Jede Institution sollte über ein standardisiertes Vorgehen mit angepassten Datenschutzkonzept und einer passenden Infrastruktur in Bezug auf die Erstellung und Aufbewahrung der Dokumentation verfügen (geschützte Server oder abgeschlossene Aktenschränke).

2. Rechtliche Grundlagen

Das medizinische Personal muss bei der Dokumentation und für die Aufbewahrung der Informationen einige Aspekte beachten:

- Änderungen oder Berichtigungen der Patientenakte müssen sich klar vom ursprünglichen Inhalt laut § 630f BGB abheben und mit Datum versehen sein.
- Die Akte und alle damit zusammenhängenden Dokumentationen müssen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden, sofern nicht andere spezifische Aufbewahrungsfristen bestehen.
- Im Falle zivilrechtlicher Haftungsansprüche (Schadenersatz) oder bestimmter Straftaten (z.B. sexuelle Gewalt an Kindern) beträgt die Verjährung des Falles und somit auch die

ärztliche Aufbewahrungsfrist laut § 199 Abs. 2 BGB bis zu 30 Jahre.

- Insbesondere bei Sexualstraftaten nach §§ 174 – 184 StGB wurde eine schärfere Rechtsprechung festgelegt, die je nach der Schwere der sexuellen Gewalt, dem Datum der Tat und dem Alter des Kindes bzw. Jugendlichen variiert und aufgrund von Ruhezeiten der Verjährungsfrist nach § 78b StGB die Möglichkeit zur langfristigen Strafverfolgung des/der Täter:in bietet.

3. Inhalte der Dokumentation

In Abhängigkeit davon, zu welchem Zwecke die Dokumentation dient und im Anschluss verwendet werden soll, ergeben sich Unterschiede in der Ausgestaltung von Text und Form. Es kann eine Dokumentation für den externen oder internen Gebrauch angefertigt werden. Die externe Dokumentation dient der Informationsweitergabe an Dritte (z.B. Ärzt:innen, Jugendamt), während die interne Dokumentation als Bestandteil der hausinternen Patientenakte verfasst wird.

3.1 Allgemeines zur Dokumentation

- Folgende Aspekte sind bei jeglicher Dokumentation zu beachten:
- Die Informationen dürfen nicht wertend verfasst werden.
- Es muss ersichtlich werden, wann die Dokumentation (Datum und Uhrzeit) durch wen (Name und Funktion) erfolgte.
- Es sollten Abkürzungen vermieden werden bzw. nur gebräuchliche genutzt werden.
- Telefonate müssen als solche kenntlich gemacht werden. Informationen zu Datum/Uhrzeit, Berechtigung einer Auskunft und Informationen zur Person, mit der das Telefonat geführt wurde (Name und Funktion der Person), müssen vermerkt werden.
- Dokumentationen über in Präsenz geführte Gespräche müssen sowohl Aufschluss über alle am Gespräch teilnehmenden Personen geben als auch eine klare Abtrennung der getätigten Aussagen nach Personen beinhalten. In diesem Zusammenhang können auch Informationen von Belang sein, die die Situation vermitteln, unter der die Aussagen getätigt wurden.
- Bei der nachträglichen Hinzufügung von Informationen zur Dokumentation muss dies kenntlich gemacht werden.
- Im Falle einer Datenweitergabe muss die entsprechende Einwilligung zur Datenweitergabe vorliegen oder vermerkt werden, aus welchem Grund eine Datenweitergabe ohne Einwilligung erfolgen kann (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*). Es müssen folgende Informationen dokumentiert werden:
 - An wen erfolgt die Datenweitergabe?
 - Wann?
 - Und aus welchen Gründen?

3.2 Dokumentation externer Gebrauch

Bei der Erstellung einer Dokumentation für den externen Gebrauch müssen Kinder bzw. Jugendliche primär vor unzulässigem Informationszugriff geschützt werden. Des Weiteren muss bei externen Dokumentationen beachtet werden, dass es keine Sicherstellung des Datenschutzes der zu übermittelnden Informationen geben kann. Weiterhin gilt, dass eine Darlegung von nicht zulässigen Informationen (z.B. über Dritte) die Berichte angreifbar machen und in ihrer Gesamtheit (also auch die Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, die sie hinsichtlich einer möglichen Straftat getätigt haben) in Bezug auf Sorgfalt und Qualität hinterfragt werden können. Der nach extern übermittelte Arztbrief/Befund ist kein Gutachten; dieses ist gesondert zu bestellen und zu erstellen.

Folgende Informationen müssen für die Dokumentation für den externen Gebrauch berücksichtigt werden:

- Allgemeine Informationen zum Ort, Datum und der anwesenden Personen
- Erzählung des Kindes bzw. Jugendlichen nicht ordnen oder „schönreden“; möglichst wörtlich wiedergeben und entsprechend kennzeichnen
- Darlegung der kompletten medizinischen Diagnostik und ihrer Befunde (apparative Diagnostik; Serologien; Drogentests; Abstriche; Hämatome deskriptiv, Exkorationen deskriptiv; kein automatisches Anfügen der Fotodokumente; Entwicklungsstand, Pflegezustand in gängiger Form; etc.)
- Detaillierte Beschreibungen (von sexueller Gewalt, körperlicher oder seelischer Misshandlung) werden nicht aufgenommen. Diese dienen vorrangig zur hausinternen Absprache und werden zum Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen nur in Fällen beigelegt, wenn es dem Sachverhalt dienlich ist. Es kann der Verweis eingefügt werden, dass weiterführende Informationen in der geschützten Kinderschutz-Akte hinterlegt sind.
- Detaillierte Informationen zu anderen assoziierten Personen einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden nur aufgenommen, wenn es der Erläuterung des Sachverhalts dient. Es muss deutlich werden, woher diese Informationen stammen.
- Eigene Beobachtungen über Wahrnehmungen von Emotionen und/oder Verhaltensweisen (aggressives Verhalten, Traurigkeit, Angst, etc.) müssen wertfrei beschrieben und als solche durch den/die Beobachter:in gekennzeichnet werden.

3.3 Dokumentation interner Gebrauch

Die interne Dokumentation wird in einem geschützten Bereich (z.B. digitales Dokumentationssystem) hinterlegt und kann nur von berechtigten Personen eingesehen werden (s.u. 4.). Die Informationen werden im Detail umfangreicher erfasst und enthalten Folgendes:

- Informationen, die sich nicht auf die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen selbst beziehen, sondern auf Dritte (Erziehungsberechtigte, Verwandte, Erzieher:innen etc.) und die nicht zwingend zur Erfassung der medizinischen Situation notwendig sind, wie z.B.:
 - Informationen, die die Vergangenheit der Eltern/ Begleitpersonen etc. betreffen
 - Informationen, die von Begleitpersonen als vertrauliche Information gegeben wurden
 - Informationen die z.B. den Gesundheitszustand Dritter betreffen, wenn es der Erfassung der Fragestellung dienlich ist

- Informationen/Beobachtungen zu Situationen in der medizinischen Einrichtung (z.B. in der Untersuchungssituation: Begleitperson übt Druck auf das Kind aus, droht, macht Anschuldigungen)
- Informationen, die eine detaillierte Beschreibung von z.B. sexuellen Handlungen/Gewalt, körperlichem und/oder seelischem Missbrauch beinhalten; in diesem Kontext sollten die Erzählungen der Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt im Wortlaut und interpretationsfrei erfasst werden.

Anmerkung: Kinder bzw. Jugendliche sind zumeist die einzigen Zeug:innen. Der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens ist oft abhängig von ihren Aussagen und ihrer Glaubwürdigkeit.

Jegliche Dokumentation ist datenschutzrechtlich korrekt durchzuführen (hausintern geregelt über die Nachvollziehbarkeit von Datenbearbeitung, wie z.B. das Einholen von Unterschriften und das Einscannen und Anhängen dieses Dokumentes an die Patientenakte) und festzuhalten.

Für die interne Dokumentation werden von der/des Kinderschutzambulanz/-gruppen die Dokumente separat angelegt und können nur von berechtigten Personen eingesehen und ergänzt werden. Wichtige, als intern zu führende Informationen, sollten im Rahmen von Fallbesprechungen übermittelt werden. Die interne Dokumentation ist nicht der „Besitz des/der Dokumentierenden“, sondern ebenfalls Teil der Patientenakte. Zum Schutz der Betroffenen ist dieser Teil der Akte nur unter besonderen Bedingungen zugänglich. Bei Unsicherheiten zur Ablage von Informationen sollten diese im Rahmen von Fallbesprechungen geklärt werden.

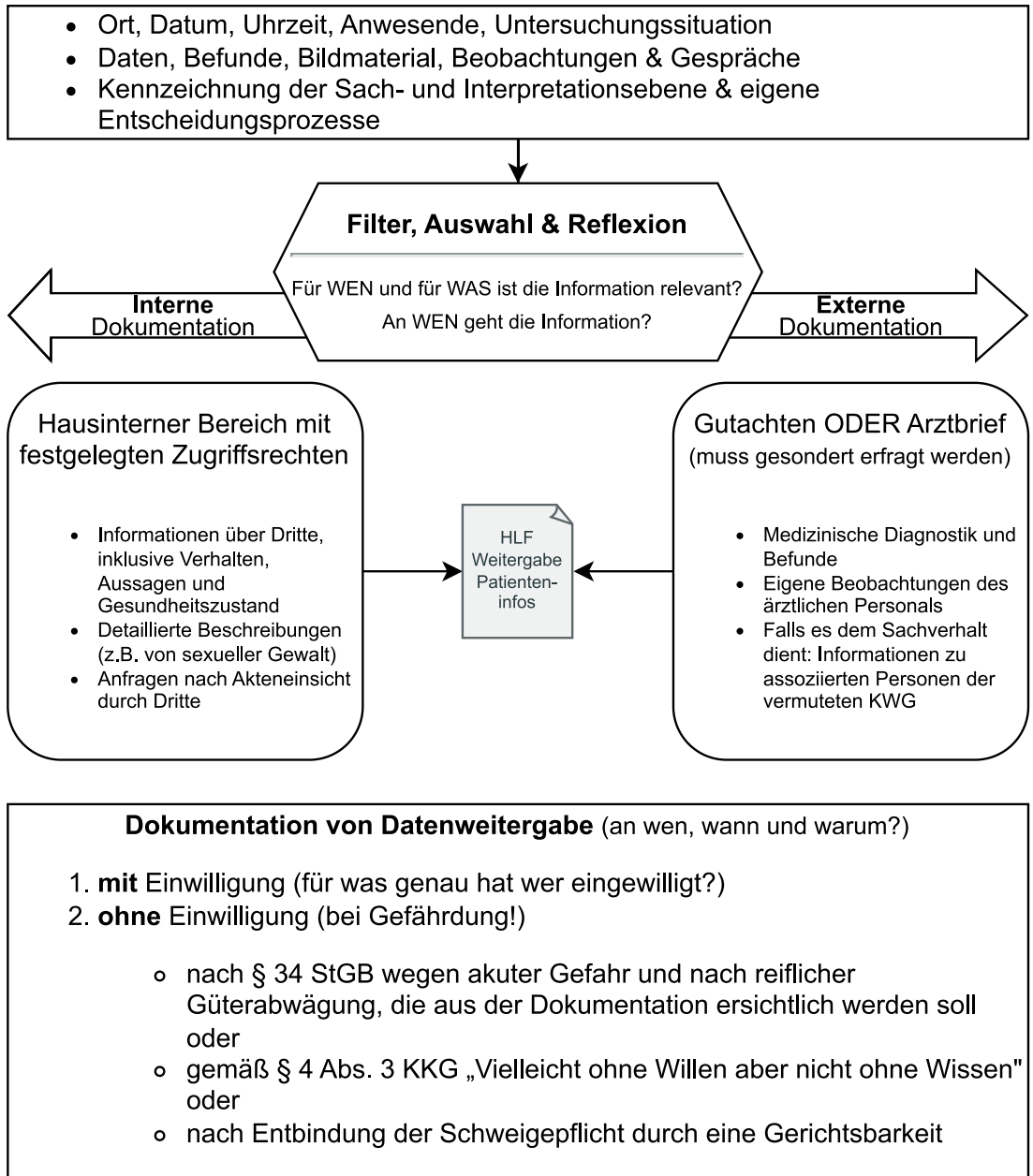
Externe Anfragen nach Akteneinsicht und -abgabe müssen über die Rechtsvertretung der Klinik und unter Berücksichtigung der Einwilligung der Patienteninformationsweitergabe geprüft werden (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*).

4. Datenschutzkonzept

Jede medizinische Einrichtung sollte über eine Standard Operation Procedure (SOP) und ein auf das System und die Infrastruktur innerhalb der Einrichtung angepasstes Datenschutzkonzept für die folgenden Themenbereiche verfügen:

- Lagerung von Kinderschutzakten im geschützten Bereich (z.B. geschützter Server oder abschließbarer Schrank mit Schlüsselkonzept; Archiv für Papierakten)
- Regelungen zu Speicherung/Sicherung/Aufbewahrung/Verwaltung einzelner (forensischer) Befunde (z.B. geschützter Server oder abschließbarer Schrank mit Schlüsselkonzept)

5. Ablaufschema



Ablaufschema der Dokumentation von Patienteninformationen in Kliniken bei V.a. Kindeswohlgefährdung

5

Dokumentation von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Die Dokumentation von Patienteninformationen, wie z.B. Befunde, Bilder und Beobachtungen, ist zentraler Bestandteil im medizinischen Kinderschutz und dient der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Vorstellungen von Kindern bzw. Jugendlichen im Kontext von Gefährdungseinschätzungen sowie bei Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung (KWG) im Rahmen von anderen Vorstellungsanlässen. Es sollte festgelegt werden, ob die Informationen für die interne oder externe Kommunikation benötigt werden. Die Maßnahmen, die mit der kinderschutzbezogenen Versorgung zusammenhängen, sollen in der Patientenakte möglichst detailliert dokumentiert werden. Diese Dokumentation ist die Grundlage für Informationsweitergaben innerhalb der pädiatrischen Praxis sowie nach außen und ist im Zweifelsfall eine rechtsverwertbare Dokumentation, auf die immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Die Dokumentation hat folgende Zwecke:

- Informationsübermittlung an weiterbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen im Sinne eines Arztbriefes
- Informationsvorhalt für Nachfragen von Dritten (z.B. Jugendamt, Klinik)
- praxisinterne Informationsweitergabe zur Sicherstellung eines Datenverlaufs
- Festhaltung erster Verdachtsmomente im Hinblick auf eine spätere Relevanz im Sinne der Sachklärung (z.B. bei späteren gerichtlichen Verfahren)
- Dokumentation der eigenen Entscheidungsprozesse, insbesondere in Bezug auf das Einleiten oder Nicht-Einleiten von Handlungsschritten (Güterabwägung)

Bei der Dokumentation muss beachtet werden, dass der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen vor unzulässigen Zugriffen durch Dritte auf die Dokumentation (z.B. Bildmaterial) gewährleistet ist. Jede Praxis sollte über ein standardisiertes Vorgehen mit angepassten Datenschutzkonzept und einer passenden Infrastruktur in Bezug auf die Erstellung und Aufbewahrung der Dokumentation verfügen (geschützte Server oder abgeschlossene Aktenschränke).

2. Rechtliche Grundlagen

Das medizinische Personal muss bei der Dokumentation und für die Aufbewahrung der Informationen einige Aspekte beachten:

- Änderungen oder Berichtigungen der Patientenakte müssen sich laut § 630f BGB klar vom ursprünglichen Inhalt abheben und mit Datum versehen sein.
- Die Akte und alle damit zusammenhängenden Dokumentationen müssen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt werden, sofern nicht andere spezifische Aufbewahrungsfristen bestehen.

- Im Falle zivilrechtlicher Haftungsansprüche (Schadenersatz) oder bestimmter Straftaten (z.B. sexueller Gewalt an Kindern) beträgt die Verjährung des Falles und somit auch die ärztliche Aufbewahrungsfrist laut § 199 Abs. 2 BGB bis zu 30 Jahre.
- Insbesondere bei Sexualstraftaten nach §§ 174 – 184 StGB wurde eine schärfere Rechtsprechung festgelegt, die je nach der Schwere des sexuellen Missbrauchs, dem Datum der Tat und dem Alter des Kindes variiert und aufgrund von Ruhezeiten der Verjährungsfrist nach § 78b StGB die Möglichkeit zur langfristigen Strafverfolgung des/der Täter:in bietet.

3. Inhalte der Dokumentation

In Abhängigkeit davon, zu welchem Zwecke die Dokumentation dient und im Anschluss verwendet werden soll, ergeben sich Unterschiede in der Ausgestaltung von Text und Form. Es kann eine Dokumentation für den externen oder internen Gebrauch angefertigt werden. Die externe Dokumentation dient der Informationsweitergabe an Dritte (z.B. Ärzt:innen, Jugendamt), während die interne Dokumentation als Bestandteil der Dokumentation innerhalb der Praxis verfasst wird.

3.1. Allgemeines zur Dokumentation

Folgende Aspekte sind bei jeglicher Dokumentation zu beachten:

- Die Informationen dürfen nicht wertend verfasst werden.
- Es muss ersichtlich werden, wann die Dokumentation (Datum und Uhrzeit) durch wen (Name und Funktion) erfolgte.
- Es sollten Abkürzungen vermieden bzw. nur gebräuchliche genutzt werden.
- Telefonate müssen als solche kenntlich gemacht werden. Informationen zu Datum/Uhrzeit, Berechtigung einer Auskunft und Informationen zur Person, mit der das Telefonat geführt wurde (Name und Funktion der Person), gilt es zu vermerken.
- Dokumentationen über in Präsenz geführte Gespräche müssen sowohl Aufschluss über alle am Gespräch teilnehmenden Personen geben als auch eine klare Abtrennung der getätigten Aussagen nach Personen beinhalten. In diesem Zusammenhang können auch Informationen von Belang sein, die die Situation vermitteln, unter der die Aussagen getätigt wurden.
- Bei der nachträglichen Hinzufügung von Informationen zur Dokumentation muss dies kenntlich gemacht werden.
- Im Falle einer Datenweitergabe muss die entsprechende Einwilligung zur Datenweitergabe vorliegen oder vermerkt werden, aus welchem Grund diese ohne Einwilligung erfolgen kann (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*). Es müssen folgende Informationen dokumentiert werden:
 - An wen erfolgt die Datenweitergabe?
 - Wann?
 - Und aus welchen Gründen?

3.2. Dokumentation externer Gebrauch

Bei der Erstellung einer Dokumentation für den externen Gebrauch müssen Kinder bzw. Jugendliche primär vor unzulässigem Informationszugriff geschützt werden. Des Weiteren muss bei externen Dokumentationen beachtet werden, dass es keine Sicherstellung des Datenschutzes der zu übermittelnden Informationen geben kann. Weiterhin gilt, dass eine Darlegung von nicht zulässigen Informationen (z.B. über Dritte), die Berichte angreifbar machen und in ihrer Gesamtheit (also auch die Aussagen der Kinder bzw. Jugendlichen, die sie hinsichtlich einer möglichen Straftat getätigt haben) in Bezug auf Sorgfalt und Qualität hinterfragt werden können. Die nach extern übermittelten Informationen, wie z.B. Meldung gewichtiger Anhaltspunkte für eine KWG an das Jugendamt nach § 4 KKG oder Texte auf Überweisungen sind kein Gutachten; dieses ist gesondert zu bestellen und zu erstellen.

Folgende Hinweise sollten für die Dokumentation für den externen Gebrauch berücksichtigt werden:

- Allgemeine Informationen zum Ort, Datum und der anwesenden Personen
- Erzählung des Kindes bzw. Jugendlichen sowie der Erziehungsberechtigten (oder begleitenden Personen) nicht ordnen oder „schönreden“; möglichst wörtlich wiedergeben und entsprechend kennzeichnen
- Sachliche Beschreibung der Situation in der Praxis, einschließlich der Dokumentation der Befunde (bzw. warum keine Befunde erhoben worden sind), des Verhaltens der Kinder bzw. Jugendlichen und der Erziehungsberechtigten (bzw. anwesenden Personen) und ggf. Fotodokumentation
- Detaillierte Informationen zu anderen assoziierten Personen einer möglichen KWG werden nur aufgenommen, wenn es der Erläuterung des Sachverhalts dient. Es muss deutlich werden, woher diese Informationen stammen.
- Eigene Beobachtungen über Wahrnehmungen von Emotionen und/oder Verhaltensweisen (z.B. aggressives Verhalten, Traurigkeit, Angst) müssen wertfrei beschrieben und als solche durch den/die Beobachter:in gekennzeichnet werden.

Wichtig: Entscheidungen inkl. der Gründe grundsätzlich immer in der Patientenakte dokumentieren, wenn möglich mit Namenszeichen.

3.3. Dokumentation interner Gebrauch

Aussagen, die nicht für Dritte bestimmt sind, werden in der Patientenakte mit sogenannten unterdrückten Zeilensystemen erfasst. Dabei sollte gewährleistet werden, dass bei Kopie oder Herausgabe der Patientenakte diese Zeilen nicht übermittelt werden. Die interne Dokumentation wird in einem geschützten Bereich (z.B. des Arztinformationssystems) hinterlegt und kann nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Jede Praxis sollte ein auf das System und die Infrastruktur innerhalb der Einrichtung angepasstes Datenschutzkonzept verfassen.

Die Informationen werden im Detail umfangreicher im Gegensatz zur externen Dokumentation erfasst und enthalten Folgendes:

- Informationen, die sich nicht auf die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen selbst beziehen, sondern auf Dritte (Erziehungsberechtigte, Verwandte, Erzieher:innen etc.) und die nicht zwingend zur Erfassung der medizinischen Situation notwendig sind, wie z.B.:
 - Informationen, die die Vergangenheit der Eltern oder Begleitpersonen etc. betreffen
 - Informationen, die von Begleitpersonen als vertrauliche Information gegeben wurden
 - Informationen die z.B. den Gesundheitszustand Dritter betreffen, wenn es der Erfassung der Fragestellung dienlich ist
- Informationen oder Beobachtungen zu Situationen in der medizinischen Einrichtung (z.B. in der Untersuchungssituation: Begleitperson übt Druck auf das Kind aus, droht, macht Anschuldigungen)
- Informationen, die eine detaillierte Beschreibung von z.B. sexuellen Handlungen/Gewalt, körperlichem und/oder seelischem Missbrauch beinhalten. In diesem Kontext sollten die Erzählungen der Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt im Wortlaut und interpretationsfrei erfasst werden.

Anmerkung: Kinder bzw. Jugendliche sind zumeist die einzigen Zeug:innen. Der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens ist oft abhängig von ihren Aussagen und ihrer Glaubwürdigkeit.

Jegliche Dokumentation ist datenschutzrechtlich korrekt durchzuführen und festzuhalten. Externe Anfragen nach Akteneinsicht und -abgabe müssen über den/die Praxisinhaber:in und unter Berücksichtigung der Einwilligung zur Weitergabe von Patienteninformationen geprüft werden (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*).

Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Dieser Handlungsleitfaden regelt die fotografische Dokumentation von äußerlich erkennbaren Verletzungen und Hautauffälligkeiten bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (KWG). Wenn im Rahmen einer Vorstellung Hinweise auf eine (akute) KWG auffallen oder Kinder bzw. Jugendliche oder im Rahmen einer Überprüfung der Gefährdung gemäß § 8a SGB VIII vorgestellt werden, so müssen alle äußerlichen Befunde fotografisch dokumentiert werden.

Eine Fotodokumentation kann aus diversen Gründen notwendig sein:

1. Dokumentation einer Verletzung
2. Dokumentation des Heilungsverlaufs
3. Beurteilung der Verletzungsogenese durch den Heilungsverlauf
4. Dokumentation von Verletzungsresiduen
5. Dokumentation von Hautauffälligkeiten
6. Dokumentation bei Hinweis auf Vernachlässigung
7. Möglichkeit der Zweitbegutachtung

Insbesondere bei einer vermuteten KWG können äußerlich erkennbare Auffälligkeiten und Verletzungen vielfach relevant sein.

Einige Verletzungen sind beweisend oder hoch verdächtig für eine KWG und werden im Verlauf durch weitere Institutionen begutachtet, um einen Verdacht zu bestätigen oder auch zu entkräften. Da diese Begutachtungen zeitlich gesehen meist weit nach der Akutsituation stattfinden, ist eine gute Dokumentation der Erstverletzung zur Klärung des Sachverhaltes entscheidend. Insbesondere eine forensisch sachverständige Begutachtung benötigt eine gut auswertbare und nachvollziehbare Erstdokumentation.

Da in der Erstvorstellung die Relevanz von einzelnen Befunden sowie des Heilungsverlaufes in den meisten Fällen unklar ist, sollte immer von allen Auffälligkeiten eine ausführliche Fotodokumentation durchgeführt werden.

Die Fotodokumentation ersetzt weder die schriftliche Dokumentation noch die Beschreibung der Befunde. Diese müssen ergänzend in der Patientendokumentation und dort in einem Körperschema festgehalten werden. Stimmen die Erziehungsberechtigten einer Fotodokumentation nicht zu, so wird der Befund ausschließlich anhand einer Körperschema-Skizze festgehalten und dokumentiert.

2. Relevante Auffälligkeiten

Bei der Erstvorstellung werden alle äußerlichen Auffälligkeiten ungeachtet der Fremd- oder Eigenverursachung oder der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit dokumentiert. Dies betrifft sämtliche Verletzungen, Hämatome, Narben, Rötungen, Schwellungen und Nävi.

Weiterhin sollten Hinweise auf eine Vernachlässigung fotodokumentiert werden. Dies meint neben Verschmutzungen der Kinder bzw. Jugendlichen auch inadäquat gepflegte Körperareale, wie z.B. Hautfalten, Finger- und Fußnägel, oder Karies. Unangemessene Kleidung (bspw. zu klein, kaputt, über die Maße verschmutzt o.ä.) sollte ebenfalls fotodokumentiert werden.

Bei einem stationären Aufenthalt werden sämtliche akute Verletzungen in ihren Heilungsstadien im Verlauf fotografisch dokumentiert. Je nach klinischem Zustand der Kinder bzw. Jugendlichen und der Dynamik des Verlaufs, wird die Dokumentation in unterschiedlich engen Zeitfenstern durchgeführt. Bei einem intensivpflichtigen Kind bzw. Jugendlichen sollte dies mindestens einmal pro Schicht stattfinden. Bei stabilem Allgemeinzustand und Aufenthalt auf der Normalstation sollte einmal täglich zur Visite eine fotografische Dokumentation erfolgen.

Sollten Kinder bzw. Jugendliche verbal in der Lage sein, sich zu den einzelnen Auffälligkeiten zu äußern, so wird dies schriftlich dokumentiert. Hierbei ist auf eine nicht-suggestive Befragungsweise mit ausschließlich offenen Fragen zu achten. Erklärungen von Dritten zu den Auffälligkeiten werden ebenfalls dokumentiert. Es muss nachvollziehbar sein, wer die Äußerung getätigt hat.

3. Rechtliche Situation

Das Anfertigen von Fotografien bedarf, wie alle diagnostischen Maßnahmen, der Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten. Dies setzt die Aufklärung voraus, dass eine Fotodokumentation erfolgen wird. Ein schriftliches Einwilligen ist nicht zwangsläufig erforderlich. Bei einwilligungsfähigen Patient:innen wird deren Einverständnis ebenfalls eingeholt; dies ist mündlich möglich. Bei Ablehnung der Fotodokumentation durch das Kind bzw. Jugendlichen oder die Erziehungsberechtigten wird diese nicht durchgeführt. Die Ablehnung ist jedoch auf jeden Fall durch den/die Ärzt:in zu dokumentieren.

Die Bilddateien unterliegen, wie alle anderen dokumentierten Befunde, der ärztlichen Schweigepflicht. Eine etwaige Herausgabe an Ermittlungsbehörden oder sonstige Weitergabe an Dritte unterliegt den üblichen gesetzlichen Bestimmungen für Patientendaten (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*).

4. Ablauf

Die Fotodokumentation sollte mit einer Digitalkamera erfolgen, die die Fotos in guter Auflösung und Qualität abbilden kann. Eine Dokumentation durch Privathandys ist aus Gründen des Datenschutzes dringend zu vermeiden.

Initial muss ein Patientenetikett mit Namen und Geburtsdatum fotografiert werden. Das Etikett ist bei initialer Zuordnung und nachvollziehbarer Bildserie nicht auf jedem Bild notwendig.

Es gibt keine strenge Reihenfolge für die Dokumentation der Körperteile. Diese kann dem Patientenwillen angepasst werden. Um jede Verletzung sicher zuordnen zu können, ist darauf zu achten, dass bei jeder Verletzung initial eine Übersichtsaufnahme mit anatomischen Orientierungspunkten erfolgt, an die sich Detailaufnahmen anschließen. Zu jeder Verletzung gehört jeweils mindestens ein qualitativ hochwertiges Foto, mit danebenliegendem Lineal; idealerweise auf einem Farbabgleich.

Unschärfe Fotografien sollten zur Nachvollziehbarkeit der Fotoserie nicht gelöscht, sondern verwahrt werden.

Die Verletzung sollte auf mindestens einer Aufnahme streng frontal (Senkrechtaufnahme) abgebildet werden. Bei konkaven oder konvexen Körperstellen (z.B. Wange oder Extremität) ist darauf zu achten, neben der Frontalaufnahme, die Verletzung aus mehreren Blickwinkeln abzubilden, um das ganze Ausmaß sicher zu erfassen. Die Fotodokumentation auf der Kamera ist bis zur Sicherung auf geeigneten Servern geschützt vor unbefugtem Zugriff aufzubewahren. Die Verantwortung dafür liegt bei der Person, die die Fotografien angefertigt hat.

5. Ablaufschema

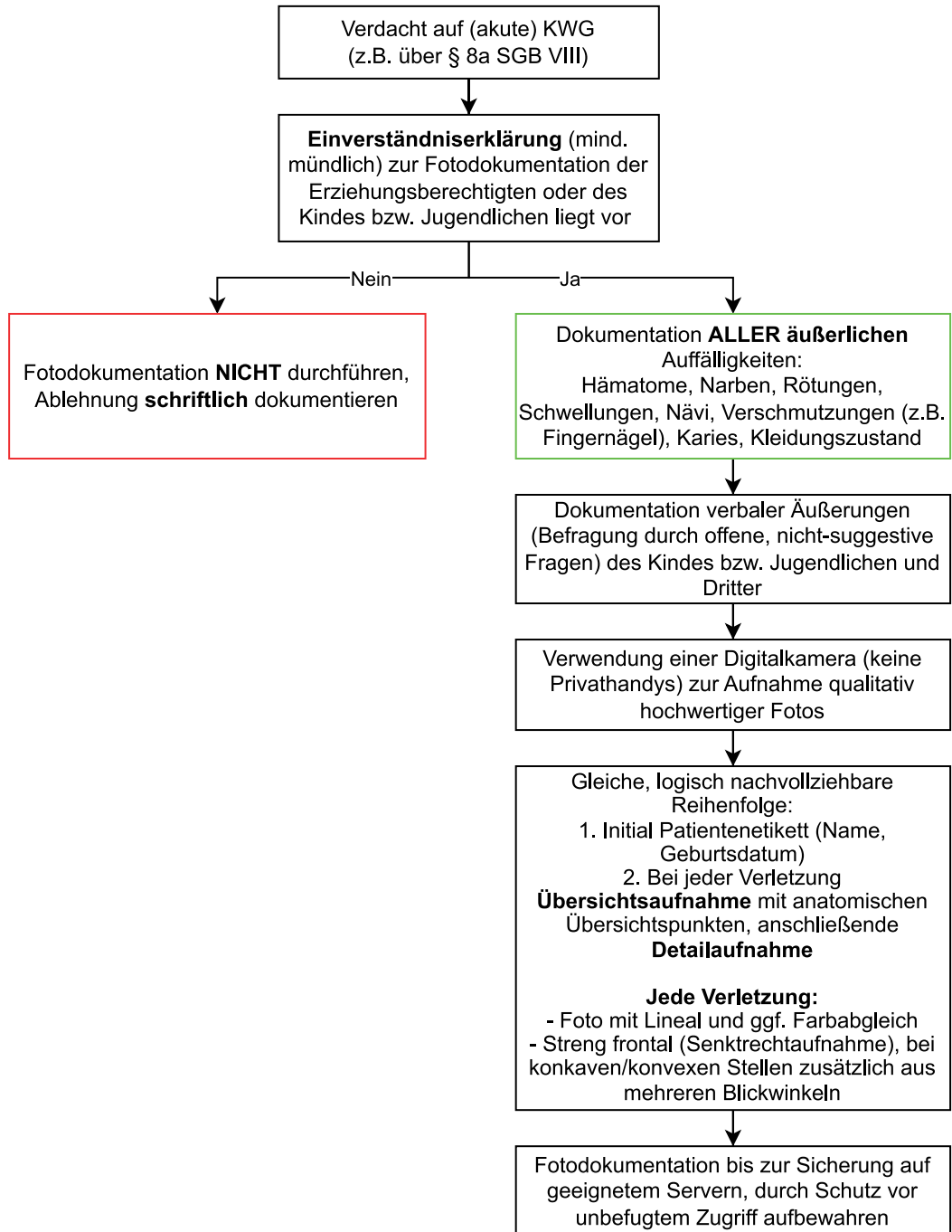


Abbildung zur Fotodokumentation bei Kindeswohlgefährdung (eigene Darstellung)

6. Anhang



UNIVERSITÄT
BONN



ukb universitäts
klinikum bonn



Kinderschutz
LEITLINIE

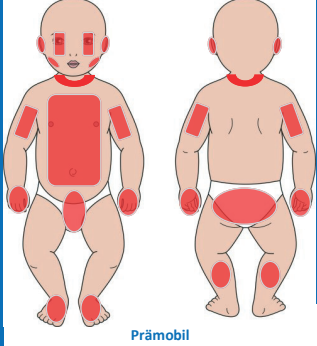


Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

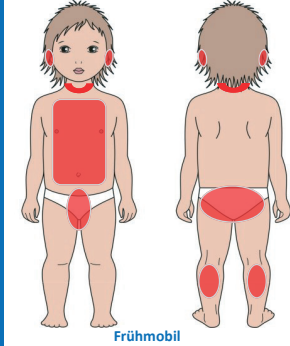


Kinderschutz
Bonn

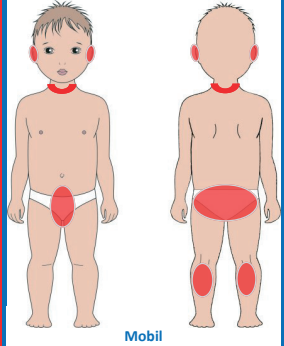
Hotspots für körperliche Misshandlung



Prämobil



Frühmobil



Mobil



Kinderschutzleitlinie

Achtung! Jedes **geformte Hämatom** ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- bei einem Säugling, der sich nicht bewegt, ist **jedes Hämatom** auffällig
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich der **Genitalien** zu viel
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Ohres**, des **Halses**, des **Nackens**, der **Waden** und des gesamten vorderen **Thorax** und **Abdomen** zu viel und verdächtig, wenn nicht eine passende Anamnese **erhoben** werden kann
- bei jedem Kind ist ein Hämatom im Bereich des **Pos** sehr selten
- misshandelte Kinder haben durchschnittlich **3 und mehr Hämatome** an mehr als einer Region

Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n=519 Kindern (siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2014;99:108–113. doi:10.1136/archdischild-2013-304339) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (siehe Dunstan FD, Z E Guillea, K Kontos, A M Kemp, J R Sibert Arch Dis Child 2002;86:330–333).

Beispielhafte Darstellung von Hotspots für körperliche Misshandlung aus der Kinderschutzleitlinie (AWMF S3+, 2019)

7

Spurensicherung bei Verdacht auf akuten sexuellen Übergriff - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Dieser Handlungsleitfaden (HLF) regelt die Vorgehensweise bei Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff mit notwendiger Spurensicherung bei Patient:innen von 0 bis einschließlich 17 Jahren für nicht kinderschutz erfahrene Untersuchende. Akut meint hierbei alle Vorfälle, die in den letzten 72 Stunden stattgefunden haben oder für diesen Zeitrahmen vermutet werden.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche umfasst ein breites Spektrum an sexuell motivierten Handlungen und hat massive Auswirkungen auf die emotionale, psychische und kognitive Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Die meist unmittelbar hervorgerufene Assoziation zu dem Begriff sexuelle Gewalt ist die Vorstellung eines Ereignisses mit Penetration. Per Definition stellt jede sexuell motivierte Handlung von Täter:innen an oder vor einem Kind bzw. Jugendlichen sexuelle Gewalt dar. Dies beinhaltet also auch Berühren, orale Handlungen, das Herstellen von kinderpornografischem Material oder auch das Demonstrieren sexueller Handlungen inkl. dem Zeigen von pornografischem Material dem Kind bzw. Jugendlichen gegenüber. Diese Handlungen haben schwerwiegende Auswirkungen auf das Kind bzw. Jugendlichen, hinterlassen jedoch selten körperlich nachvollziehbare Spuren. Auch nach einem penetrierenden Ereignis ist je nach Altersgruppe und Handlung nicht zwangsläufig ein äußerlich nachvollziehbares Korrelat sichtbar. Dies liegt einerseits an der Dehnbarkeit des Gewebes und andererseits an der ausgesprochen schnellen Heilungstendenz von Schleimhautgewebe. Ungeachtet des zu erwartenden Befundes ist eine körperliche Untersuchung bei einem vermuteten akuten Vorfall notwendig und dient nicht nur der möglichen Beweissicherung, sondern auch der Verarbeitung des Ereignisses. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Ereignis besteht die höchste Wahrscheinlichkeit, Spuren zu sichern. Allerdings finden sich auch diverse Kasuistiken in der Literatur, die bei speziellen DNA-Techniken auf eine zeitlich länger verwertbare Spurensicherung hinweisen. In diesem HLF ist die Grenze auf 72 Stunden festgelegt worden, um in der Notfallsituation eine Entscheidung für oder gegen eine Spurensicherung treffen zu können, ohne zu detaillierte Informationen über genaue Hintergründe des Ereignisses erheben zu müssen.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche betrifft alle Altersgruppen. Täter:innen kommen in der Regel – wenn auch nicht zwangsläufig – aus dem sozialen Nahfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Das Kind bzw. Jugendlicher ist den Übergriffen meist chronisch über längere Zeiträume ausgesetzt und befindet sich in einem für Außenstehende unklaren Loyalitäts- und Abhängigkeitsverhältnis zum/zur Täter:in. Daher ist es zwingend notwendig mit einer neutralen und professionell ruhigen Haltung in die Untersuchung zu gehen, da wertende oder beurteilende Äußerungen zu einer möglichen emotionalen oder auch abwehrenden Reaktion bei dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen führen können.

Kinder bzw. Jugendliche, die chronisch sexueller Gewalt ausgesetzt sind, werden nur selten unmittelbar nach einem Ereignis ärztlich vorgestellt. Handelt es sich um eine/n Fremdtäter:in, ist ein zeitnahes Bekanntwerden des Übergriffs weitaus häufiger.

Ungeachtet des Bezugsverhältnisses von Kind bzw. Jugendlichen zu Täter:in ist das Vorgehen der Untersuchung bei einem akuten Ereignis gleich. Das Bezugsverhältnis spielt jedoch bei der Abwägung notwendiger Schutzmaßnahmen eine Rolle, um eine Wiederholung zu verhindern. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.

Der Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff kann aus verschiedenen Gründen entstehen:

1. Äußerung des Kindes bzw. Jugendlichen
2. Durch unabhängige Zeug:innen beobachteter Vorfall
3. Gewichtige Anhaltspunkte auf mögliche sexuelle Gewalt, z.B. sichergestelltes kinderpornografisches Material durch die Strafverfolgungsbehörden mit fortlaufendem Kontakt zwischen beschuldigter Person und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen
4. Akute genitale Verletzung ohne suffiziente Erklärung eines akzidentellen Geschehens

2. Rechtliche Situation

Strafrechtlich relevant sind generell alle sexuell motivierten Taten, die gegen den Willen des/der Geschädigten durchgeführt worden sind oder an einer Person durchgeführt wurden, die trotz ihres chronologisch reifen Alters keine Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt (z.B. Kinder mit Behinderung). Ein/e Täter:in kann generell erst strafrechtlich belangt werden, wenn er oder sie mindestens 14 Jahre alt ist (§ 19 StGB Schuldunfähigkeit des Kindes). Sexuelle Handlungen mit Kindern (d.h. juristisch Menschen unter 14 Jahren) sind gemäß § 176 StGB verboten.

Sind die Betroffenen 14 oder 15 Jahre alt und benennen, den sexuellen Kontakt gewollt zu haben, können volljährige Täter:innen dennoch belangt werden, wenn die Erziehungsberechtigten eine Strafanzeige stellen. In dem Fall muss nachgewiesen werden, dass der/die Betroffene eine noch fehlende Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt und der/die Täter:in dies ausgenutzt hat.

Sollte ein Straftatbestand vermutet oder kann dieser noch nicht sicher ausgeschlossen werden, sollte immer eine Spurensicherung durchgeführt werden (s.u.). Bei einem naheliegenden Straftatbestand sollten die Asservate zeitnah den Strafverfolgungsbehörden übergeben werden. Für unklare Fälle oder Konstellation sollte bis zur weiteren Klärung die Indikation zur Spurensicherung großzügig gestellt werden.

3. Untersuchungssetting

Gerade bei dem sensiblen Thema der sexuellen Gewalt ist eine Untersuchung mit Kolposkop und eine sicher durchgeführte forensische Anamneseerhebung in einer Kinderschutzambulanz immer einer nicht spezialisierten Notfallambulanz vorzuziehen und anzustreben.

Insbesondere bei der Vorstellung nicht akuter Vorfälle in der Notfallambulanz sollte auf eine Untersuchung und ein Gespräch mit dem Kind vor Ort verzichtet und ein zeitnahe Termin in vorheriger Absprache mit der Kinderschutzambulanz vereinbart werden.

Bei dem Verdacht auf einen Akutvorfall innerhalb der letzten 72 Stunden muss allerdings in jedem Notfallsetting eine Basisuntersuchung und Spurensicherung erfolgen können. Im Unterschied zu einem dafür vorbereitenden Setting mit erfahrenem Personal in der Kinderschutzambulanz liegt der Fokus in der Notfallambulanz darauf, die unmittelbar notwendigen Maßnahmen auch ohne Erfahrung des Personals durchführen zu können (so viel wie nötig) und von Teilbereichen, die mehr Erfahrung und Fachexpertise bedürfen, abzusehen (so wenig wie möglich).

4. Ablauf

4.1 Anamneseerhebung mit Gesprächsführung und Dokumentation

Ein Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen über die Ereignisse sollte idealerweise nur von in Kinderschutz-Abläufen versierten Untersuchenden erfolgen, die bereits Erfahrung im Führen von forensisch relevanten Gesprächen besitzen.

Sollte bei einem Fall mit Verdacht auf sexuelle Gewalt keine versierte Person verfügbar sein, so sind die Angaben über die Ereignisse in Abwesenheit des Kindes bzw. Jugendlichen durch die begleitenden Erwachsenen zu erheben.

Die Dokumentation der geschilderten Ereignisse muss detailliert und leserlich erfolgen, um für ein etwaig folgendes Strafverfahren jederzeit nachvollziehbar verständlich zu sein. Wörtliche Rede ist dabei zu markieren und es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat. Es muss dringend zwischen objektiv nachvollziehbaren (Indikativ) und anamnestisch geschilderten Sachverhalten (Konjunktiv) unterschieden werden.

Falsch: Marie ist heute im Park von einem Mann sexuell belästigt worden.

Richtig: Die Anamnese wurde von Maries Mutter ohne Anwesenheit von Marie erhoben. Sie berichtet, dass ihre Tochter ihr heute Nachmittag berichtet habe, dass sie auf dem Weg von der Schule nach Hause in einem Park von einem ihr unbekannten Mann angesprochen worden sei. Er habe ihr unter das T-Shirt gegriffen und ihre „Titis“ angefasst. Die Mutter schätzt, dass dies gegen 15.30 h stattgefunden haben muss. Marie sei gegen 16.00 h nach Hause gekommen und habe der Mutter sofort von dem Vorfall berichtet.

Beispiel

Dieses entspricht keiner Wertung der Glaubhaftigkeit, sondern dient der Abgrenzung, da die medizinische Aufgabe lediglich die Wiedergabe der Informationen ist und nicht deren Bewertung. Dies obliegt den Strafverfolgungsbehörden und der Staatsanwaltschaft.

Die Erfragung der Anamnese kann sich in der Notfallsituation auf folgende Punkte beschränken:

1. **Wo** war das Ereignis?
2. **Wann** hat das Ereignis stattgefunden?
3. **Wer** war dabei anwesend? (Namen notieren)
4. **Wo** ist die **Kleidung** des Vorfalles? (Kleidung asservieren, s.u. 4.3.2.)
5. Hat das Kind bzw. Jugendlicher seit dem Vorfall **geduscht** oder sich **gewaschen**?
Falls ja, wann?

Notwendig ist auch eine klare Zuordnung, wer die Anamnese erhoben hat und wer bei der Schilderung anwesend war, z.B. Anwesende bei Anamnese mit der Mutter, Dr. A.B. (diensthabender Assistent), Schwester B.C. (Aufnahmeschwester Notfallambulanz), Schülerin C.D. (Oberkursschülerin).

In der Kommunikation mit dem Kind bzw. Jugendlichen während der Untersuchung sollte bei unerfahrenen Untersuchenden der Fokus eher auf der Information zur Untersuchung gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen als auf der Befragung zu dem Ereignis liegen. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte darüber informiert werden, dass die Untersuchung dazu dient, die körperliche Unversehrtheit wiederherzustellen. Außerdem kann dem Kind bzw. Jugendlichen auf diesem Weg Kontrolle gewährt werden.

Falsch: „Ich möchte dich untersuchen, damit wir deine Verletzungen dokumentieren können. Ich mache auch Abstriche auf Sperma.“

Beispiel

Richtig: „Ich habe von deiner Mutter verstanden, dass heute etwas passiert ist. Es war gut, dass du das erzählt hast. Ich würde dich gerne untersuchen, damit wir schauen können, was du brauchst, dass wieder alles in Ordnung kommt. Du musst keine Angst haben, ich erkläre dir alles, was ich mache und du kannst mir gerne mithelfen.“

Spontane Äußerungen des Kindes bzw. Jugendlichen sind dabei dringend detailliert zu dokumentieren und wörtliche Rede erneut zu markieren:

Falsch: „Aber nichts mehr in die Mumu stecken.“

Beispiel

Richtig: Zu dokumentieren ist dann z.B.: Ich erklärte Marie, dass ich sie gerne untersuchen möchte, um zu schauen, was sie braucht, dass wieder alles in Ordnung kommt. Marie äußerte daraufhin spontan: „Aber nichts mehr in die Mumu stecken.“

Es ist in Ordnung, in einer offenen Frage nachzufragen, z.B. „Was meinst du damit?“ oder „Ist das denn schon einmal passiert?“ Die darauffolgende Antwort muss dringend wortwörtlich dokumentiert werden. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher keine weiteren Äußerungen machen wollen, ist dies auf jeden Fall zu akzeptieren. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte bestärkt werden, dass es nichts sagen muss, z.B.: „Ok, du musst nichts sagen, wenn du nicht möchtest. Lass uns doch zusammen die Untersuchung machen.“

Auf keinen Fall dürfen suggestive Fragen gestellt werden, z.B.: „*Hat der Mann das bei dir gemacht?*“.

Fragen sollten generell als offene Fragen formuliert und jede Suggestion vermieden werden.

Falsch: „*Tut dir nach dem Sex was weh? Oder hat er dich auch an der Scheide angefasst?*“

Beispiel

Richtig: „*Tut dir irgendetwas weh?*“

Dialoge können auch wortwörtlich dokumentiert werden.

Untersucher fragt: „*Tut dir irgendetwas weh?*“

Marie: „*Ja, da unten.*“

Untersucher: „*Kannst du mir sagen wo genau?*“

Marie: „*Hier in der Mumu.*“

Untersucher: „*Seit wann tut es dir da weh?*“

Marie: „*Seit der Willi den Pipi da reingemacht hat.*“

Beispiel

Dringend muss darauf geachtet werden, wie Aussagen des Kindes bzw. Jugendlichen dokumentiert werden.

Zu vermeiden sind kurze Zusammenfassungen und Wertungen, da klar nachvollziehbar sein muss, wie die Aussage entstanden ist.

Falsch: Patientin berichtet von Schmerzen im Genitalbereich nach Penetration.

Beispiel

Richtig: Auf die Frage nach aktuell bestehenden Schmerzen berichtet Marie über Schmerzen an der „*Mumu*“. Auf die Frage, seit wann sie da Schmerzen habe, antwortet Marie „*Seit der Willi den Pipi reingemacht hat.*“

4.2 Untersuchung

Die Untersuchung im dafür vorbereiteten Setting mit erfahrener Personal beinhaltet eine Ganzkörperuntersuchung, wobei die Genitaluntersuchung idealerweise mittels Kolposkop durchgeführt werden sollte.

Auch ohne explizite Kinderschutz Erfahrung sollte in der Akutsituation eine Ganzkörperuntersuchung durchgeführt werden. Sämtliche Verletzungshinweise sollten fotografisch dokumentiert werden (s. *HLF Fotodokumentation*).

4.2.1 Ganzkörperuntersuchung

Die Untersuchung erfolgt in Teilbereichen (obere Körperhälfte, untere Körperhälfte), wobei das Kind bzw. Jugendlicher nie ganz nackt ausgezogen wird, sondern die bereits untersuchte oder noch nicht untersuchte Körperhälfte bekleidet bleibt.

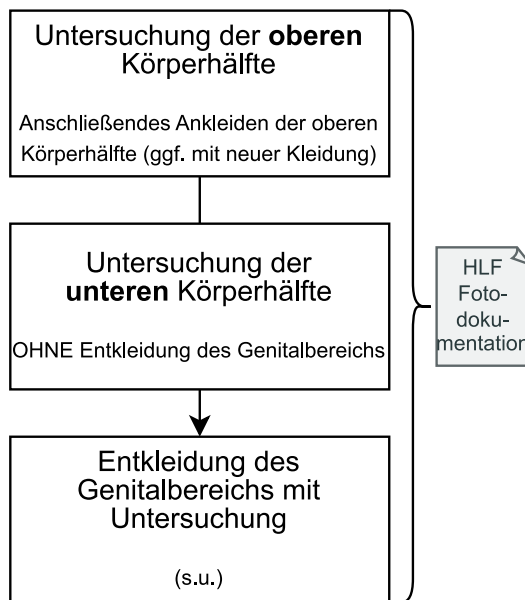
Dem Kind bzw. Jugendlichen wird dies erklärt und ebenfalls besprochen, dass Verletzungszeichen dabei fotografisch dokumentiert und Abstriche entnommen werden. Zur Erklärung der Abstrichtechnik (s.u. 4.3.1.) sollte dringend erwähnt werden, dass das Kind bzw. Jugendlicher dies zwar spüren, aber der Abstrich nicht wehtun wird.

Bei der körperlichen Inspektion sollte insbesondere auf Verletzungsmerkmale, die Kratzspuren, Saug-, Biss- oder Griffmarken entsprechen könnten, geachtet werden. An diesen Stellen sollten Abstriche entnommen werden.

Im Folgenden wird ein möglicher Untersuchungsablauf geschildert. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher explizit eine andere Reihenfolge wünschen, ist dies selbstverständlich möglich.

1. Untersuchung der oberen Körperhälfte; Fotodokumentation, ggf. direkte Asservierung der Kleidung (s.u. 4.3.2.); obere Körperhälfte wird wieder angezogen, ggf. mit neuer Kleidung
2. Untersuchung der unteren Körperhälfte ohne Entkleiden des Genitalbereichs; Fotodokumentation; ggf. Kleidung asservieren
3. Entkleiden des Genitalbereichs mit Untersuchung (s.u. 4.2.2.):

Der Genitalbereich muss ohne vorhandenes Kolposkop oder Untersuchungsexpertise mindestens inspektorisch untersucht werden. Gerade zur Untersuchung des Genitalbereichs ist es wichtig, dass dem Kind bzw. Jugendlichen erklärt wird, dass man schauen wird, ob alles in Ordnung ist, aber dem Kind bzw. Jugendlichen nicht wehtun wird.



Ganzkörperuntersuchung bei akutem sexuellem Übergriff (eigene Darstellung)

4.2.5 Untersuchung des Genitalbereichs

Zunächst wird ohne jede Berührung des Genitals nach rein äußerlich erkennbaren Verletzungszeichen oder Veränderungen (Rötung, Schwellung, etc.) geschaut und fotografisch dokumentiert. Auch das Tanner-Stadium muss dokumentiert werden.

Bevor das Genitale weiter mit den Händen berührt wird, wird ein Abstrich des äußeren Genitale entnommen (s.u.). Dann wird die Untersuchung mit weiterer Abstrichentnahme schrittweise durchgeführt. Zu achten ist weiterhin auf Hämatome oder Erosionen, aktive Blutungen oder suspektes Sekret. Alle Auffälligkeiten sollten fotografisch dokumentiert werden.

Untersuchung bei Jungen: Um Kontaminationen vorzubeugen, muss der erste Abstrich am Penischaft erfolgen, bevor das Kind bzw. Jugendlicher dort zur Untersuchung berührt wird. Hierfür wird der Penischaft oben und an den Seiten abgestrichen. Im Anschluss kann der Penis zur weiteren Untersuchung angehoben werden. Weitere Abstriche sollten von der Penishinterseite und über den Hoden erfolgen. Ein weiterer Abstrich sollte an der Peniskranzfurche durchgeführt werden. An allen Stellen sollte nach Verletzungszeichen oder auffälligen Sekretresten geschaut werden (Abstrichentnahme). Auffälligkeiten werden fotografisch dokumentiert.

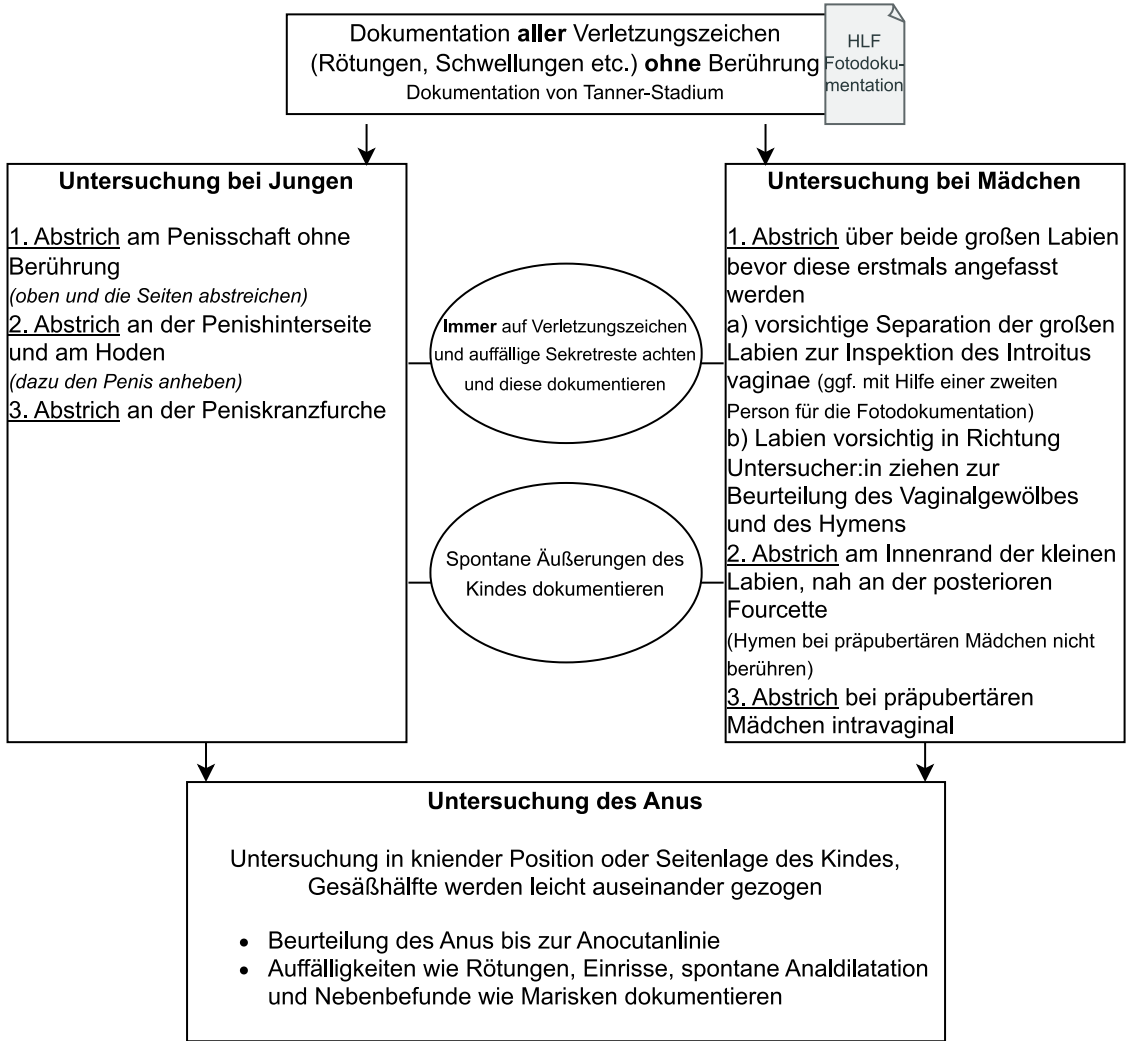
Der Anus wird am einfachsten in kniender Position oder in Seitenlage mit angezogenen Knien untersucht. Zu achten ist dabei auf Rötungen, Einrisse und spontane Analdilatation ohne Obstipation. Die Gesäßhälften werden zur besseren Inspektion leicht auseinandergezogen. Wichtig ist, den Anus mindestens bis zur Anocutanlinie gut beurteilen zu können. Auch Nebenbefunde wie Marissen oder ähnliches, müssen mit dokumentiert werden.

Der anale Abstrich sollte an der analen Zirkumferenz durchgeführt werden.

Untersuchung bei Mädchen: Bei Mädchen erfolgt der erste Abstrich über beide großen Labien, ohne dass das Kind bzw. Jugendlicher zuvor berührt wurde. Dann wird eine vorsichtige Separation der großen Labien vorgenommen, um den Introitus vaginae weiter zu inspizieren. Hierzu werden beide Labien im mittleren Drittel vorsichtig zwischen Daumen und Zeigefinger genommen und leicht nach außen gedrückt. Bei Auffälligkeiten sollte durch eine zweite Person eine fotografische Dokumentation erfolgen, ohne dass der Untersuchende die Labien loslässt. Abschließend werden die Labien leicht in die Richtung des Untersuchenden gezogen, was den vaginalen Eingangsbereich etwas spannt und einen etwas weiteren Einblick in das Vaginalgewölbe und eine bessere Beurteilung des Hymens erlaubt. Der zweite Abstrich wird (ggf. ebenfalls durch eine zweite Person) am Innenrand der kleinen Labien und nah an der posterioren Fourchette (mittiger Unterrand zwischen den kleinen Labien) durchgeführt, wobei bei präpubertären Mädchen streng darauf geachtet werden muss, dass das Hymen nicht berührt wird.

Bei pubertären Mädchen wird ein weiterer Abstrich intravaginal durchgeführt. Das Mädchen sollte darüber dringend informiert werden, z.B.: *„Ich nehme jetzt noch einen Abstrich aus der Vagina. Das wird nicht lange dauern. Du merkst gleich noch einmal, dass ich deine Vulvalippen anfasse und du wirst ein kurzes Anstoßen in der Scheide fühlen. Sag mir bitte sofort Bescheid, wenn dir etwas weh tut.“*

Die Vorgehensweise der analen Inspektion sowie des analen Abstrichs entspricht der Vorgehensweise bei Jungen.



Diagnostisches Vorgehen bei akutem sexuellem Übergriff Teil 1 (eigene Darstellung)

4.3 Spurensicherung

Alle asservierten Substanzen und Kleidungsstücke müssen sofort mit Name, Datum, Körperstelle und ggf. Körperseite beschriftet werden. Alle Asservate werden in einer Liste festgehalten, die von der für die Asservierung verantwortlichen Person unterschrieben wird (s.u. 5. Anhang Asservatenliste).

4.3.1 Abstriche

Wichtig bei der forensischen Abstrichentnahme ist, sich bewusst zu machen, dass diese durchgeführt wird, um Fremd-DNA zu sichern. Bei der forensischen Abstrichentnahme ist es besonders wichtig, dass akzidentelle Verunreinigungen und unsauberes Arbeiten unbedingt vermieden werden müssen. Für jede Stelle muss ein neuer Abstrichtupfer verwendet werden.

Das Tragen steriler Handschuhe sowie steriler Bekleidung ist nicht notwendig. Es ist eher darauf zu achten, ausschließlich das Griffstück des Abstrichtupfers anzufassen und das Abstrichröhrchen unmittelbar zu verschließen, um Kontaminationen zu vermeiden. Auch ein „Pusten“ auf Abstriche, Anlecken von Umschlägen zum Verschließen oder ähnliches muss unterlassen werden.

Der Abstrich muss mit DNA-freien und idealerweise selbsttrocknenden Abstrichtupfer durchgeführt werden. Es muss dabei auf das Verfallsdatum und die Unversehrtheit der Verpackung geachtet werden.

Abstrichstellen:

Abstriche sollten von auffälligen Verletzungsmerkmalen, wie z.B. Kratzspuren, Saug-, Biss- oder Griffmarken, entnommen werden sowie vom Genitalbereich. Weitere mögliche Abstrichstellen, bei denen Fremd-DNA gut gesichert werden kann, sind zudem die Leisten, die Mamillen, die Oberschenkelinnenseiten, die Halsseiten und der Bauchnabel.

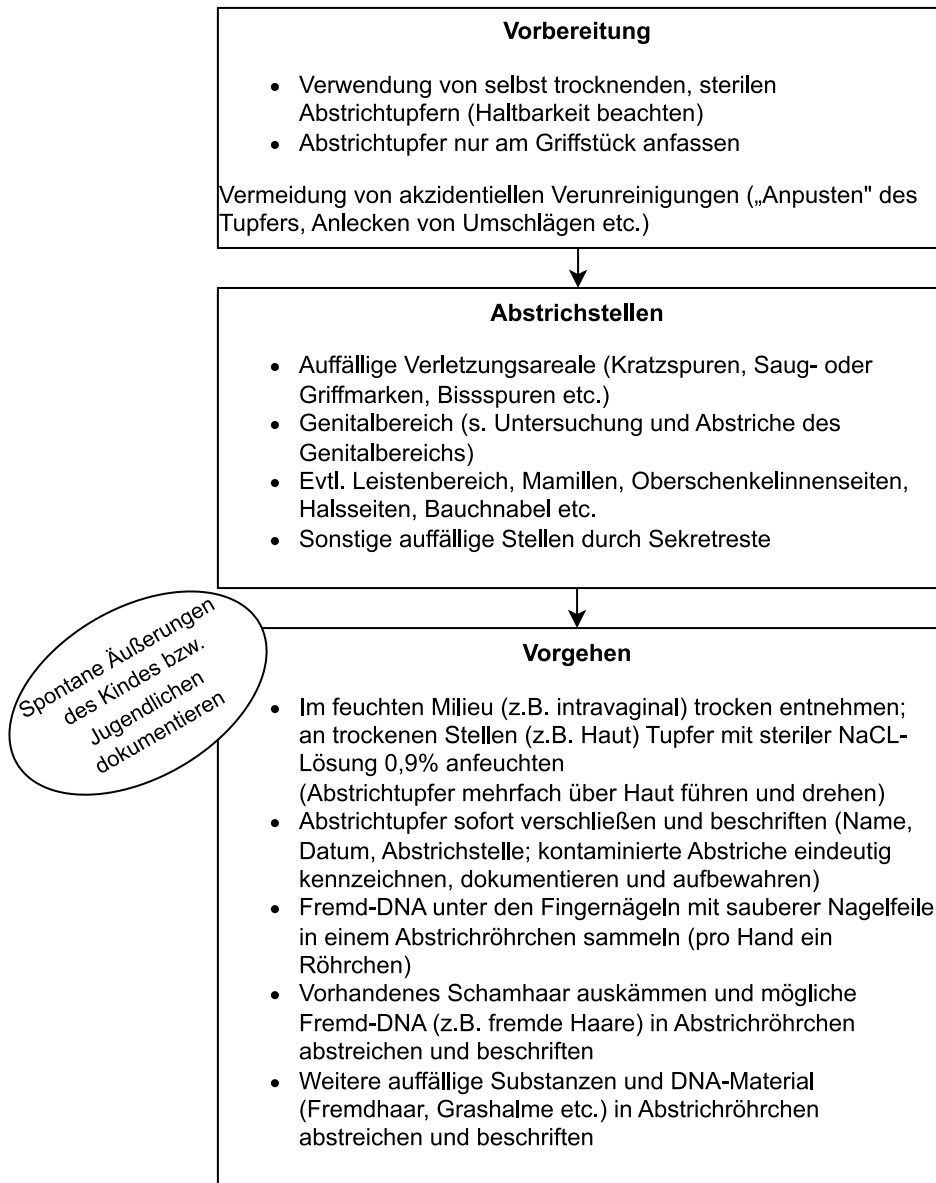
Vorgehen:

Der Abstrich im feuchten Milieu (z.B. intravaginal) wird trocken entnommen und bei trockenen Stellen (z.B. Haut) leicht mit sterilem NaCl 0,9% angefeuchtet. Der Abstrichtupfer wird dabei mehrfach über die Hautstelle geführt und leicht gedreht, um DNA mit der gesamten Wattefläche aufnehmen zu können. Das Abstrichröhrchen wird sofort verschlossen und beschriftet (Name, Datum, Abstrichstelle). Sollte es doch einmal zu einer akzidentellen Kontamination kommen (z.B. der Abstrich wird akzidentell doch an der Spitze berührt), so wird dies am Abstrichröhrchen eindeutig markiert und dokumentiert. Den Abstrichtupfer nicht wegschmeißen.

Sollte die Möglichkeit bestehen, dass das Kind bzw. Jugendlicher Fremd-DNA unter den Fingernägeln hat, da es sich gewehrt hat, so sollte unter den Fingernägeln mit einer gesäuberten Nagelfeile das Zellmaterial gesammelt und in einem sterilen Abstrichröhrchen abgestrichen werden. Hierbei können alle Abstriche der Finger der linken Hand und das Material der rechten Hand in jeweils einem Röhrchen gesammelt werden.

Schamhaar (wenn vorhanden) sollte vorsichtig ausgekämmt werden, um mögliches Fremdhaar zu asservieren. Die dabei am Kamm asservierten Partikel werden in ein steriles Röhrchen abgestrichen.

Auch an anderen Körperstellen asservierte auffällige Substanzen, wie z.B. mögliches Fremdhaar, Grashalme oder ähnliches, sollten ebenfalls in einem sterilen Abstrichröhrchen aufbewahrt und beschriftet werden.



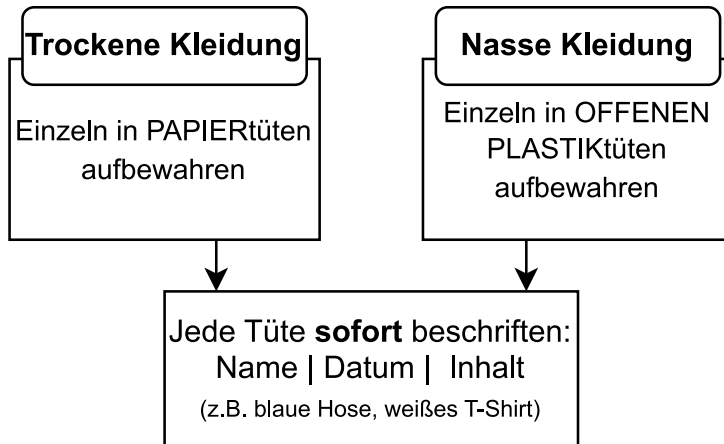
Diagnostisches Vorgehen bei akutem sexuellem Übergriff Teil 2 (eigene Darstellung)

4.3.2 Asservierung von Kleidung

Entscheidend ist die Asservierung der Kleidung des Tattages.

Jedes Kleidungsstück muss einzeln in einer Papiertüte aufbewahrt werden. Jede Tüte muss mit Namen und Datum sowie dem Inhalt (z.B. blaues T-Shirt, rosa Unterhose) beschriftet werden.

Nasse Kleidung wird einzeln in jeweils eine offene Plastiktüte gelegt und muss zeitnah an die Strafverfolgungsbehörden oder an die anonyme Spurensicherung ausgehändigt werden. Hier erfolgt die angemessene Trocknung und Lagerung der Asservate.



Asservierung der Kleidung des Tattages (eigene Darstellung)

4.3.3 Dokumentation der Asservate

Alle Asservate müssen nummeriert und in die Asservatenliste (s.u. 5. Anhang) eingetragen werden. Elementar ist hierbei die Dokumentation der Abstrichstellen, z.B. Halsseite links, Oberschenkelinnenseite rechts, Abstrich große Labien. Dazu können Besonderheiten dokumentiert werden, wie z.B. Verdacht auf Sekretpur, V.a. Grashalm, V.a. Fremdhaar.

Alle Abstriche müssen bis zur Übergabe an die Strafverfolgungsbehörden oder die anonyme Spurensicherung an einem nicht offen zugänglichen, trockenen Ort sicher eingeschlossen werden.

4.4 Dokumentation des Befundes und des Verhaltens

Dokumentation des Befundes:

Eine Beurteilung des Befundes (Normalbefund/pathologischer Befund) sollte nur in Rücksprache mit einem/einer erfahrenen Untersucher:in erfolgen. Zur sicheren Beurteilung, gerade eines sexuellen Übergriffs, bedarf es fundierter Kenntnisse von Normalbefunden und Differentialdiagnosen. Die Befunde sollten lediglich neutral beschrieben werden. Dringend zu vermeiden sind Floskeln wie „kein Hinweis auf Penetration“, „Jungfernhäutchen intakt“. Sollte in einer Akutsituation durch die Strafverfolgungsbehörden eine unmittelbare Einschätzung notwendig sein, so haben diese die Möglichkeit eine/n Rechtsmediziner:in zu beauftragen.

Dokumentation des Verhaltens:

Dringend zu vermeiden sind auch Wertungen des Verhaltens. Auch dieses sollte nur neutral beschrieben werden.

Falsch: Marie ist traumatisiert. Ihre Mutter ist hoch besorgt.

Richtig: Neutrale Beobachtungen wie z.B. Marie weint während der Untersuchung und möchte nicht sprechen. Die Mutter stottert, während sie die Anamnese berichtet und beginnt zu weinen.

Beispiel

4.5 Diagnostik

Bei einem ungeschützten sexuellen Kontakt besteht prinzipiell das Risiko einer sexuell übertragbaren Erkrankung oder bei pubertären Mädchen auch einer Schwangerschaft.

In der Akutsituation kann maximal eine Statusaufnahme erfolgen: es kann in der Akutsituation nicht sicher ausgeschlossen werden, dass sich eine Infektion im Verlauf noch bestätigt. Je nach psychischer Verfassung des Kindes bzw. Jugendlichen sollte sich in erster Linie auf prophylaktisch notwendige Maßnahmen beschränkt und weitere Untersuchungen für einen späteren Zeitpunkt geplant werden. Wird aus medizinisch notwendigen Gründen ohnehin eine Blutentnahme durchgeführt, sollten entsprechende Infektionsmarker direkt mitbestimmt werden.

Folgende Aspekte sind in der Akutsituation dennoch zu berücksichtigen:

- Bei pubertären Mädchen sollte die Indikation eines Notfallkontrazeptivums erwogen werden.
- Sollten Hinweise auf eine Intoxikation des Kindes bzw. Jugendlichen bestehen, muss die Diagnostik zur Sicherung der Substanz durchgeführt werden.

4.6 Weiteres Prozedere

Es sollte direkt ein Folgetermin in der Kinderschutzambulanz vereinbart werden. Erforderlich hierfür ist die Dokumentation aller Kontaktdaten und die Erreichbarkeiten. Dazu gehören die Erziehungsberechtigten als auch weitere Kontaktpersonen, wie anwesende Polizist:innen, Jugendamtsmitarbeitenden, etc.

Auch eine Schweigepflichtentbindung (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*), z.B. für eine etwaige Kommunikation mit Jugendamt oder Polizei, sollte immer eingeholt werden.

5. Anhang

Arbeitsvorlage „Asservatenliste“

Datum: _____

Uhrzeit: von _____ bis _____

Verantwortliche Person für die Asservaten-Sammlung: _____

Unterschrift: _____

Name des/der Patient:in: _____

Geburtsdatum: _____

Nummer	Abstrichstelle	Besonderheit
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Alle Abstriche müssen bis zur Übergabe an die Strafverfolgungsbehörden oder die anonyme Spurensicherung an einem nicht offen zugänglichen, trockenen Ort sicher eingeschlossen werden.

8

Sexuelle Gewalt – Ein Handlungsleitfaden für Praxen

1. Hintergrund

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendliche umfasst ein breites Spektrum an sexuell motivierten Handlungen und hat massive Auswirkungen auf die emotionale, psychische und kognitive Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen. Die meist unmittelbar hervorgerufene Assoziation zu dem Begriff sexuelle Gewalt ist die Vorstellung eines Ereignisses mit Penetration. Doch per Definition stellt jede sexuell motivierte Handlung von Täter:innen an oder vor einem Kind bzw. Jugendlichen eine sexuelle Gewalt dar. Dies beinhaltet also auch Berühren, orale Handlungen, das Herstellen von kinderpornografischem Material oder auch das Demonstrieren sexueller Handlungen dem Kind bzw. Jugendlichen gegenüber. Diese Handlungen haben schwerwiegende Auswirkungen, hinterlassen jedoch selten körperlich nachvollziehbare Spuren. Auch nach einem penetrierenden Ereignis ist je nach Altersgruppe und Handlung nicht zwangsläufig ein äußerlich nachvollziehbares Korrelat sichtbar. Dies liegt einerseits an der Dehnbarkeit des Gewebes und andererseits an der ausgesprochen schnellen Heilungstendenz von Schleimhautgewebe. Ungeachtet des zu erwartenden Befundes ist eine körperliche Untersuchung bei einem vermuteten akuten Vorfall notwendig und dient nicht nur der möglichen Beweissicherung, sondern auch der Verarbeitung des Ereignisses. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Ereignis besteht die höchste Wahrscheinlichkeit, Spuren zu sichern. Allerdings finden sich auch diverse Kasuistiken in der Literatur, die bei speziellen DNA-Techniken auf eine zeitlich länger verwertbare Spurensicherung hinweisen. In diesem HLF ist die Grenze auf 72 Stunden festgelegt worden, um in der Notfallsituation eine Entscheidung für oder gegen eine Spurensicherung treffen zu können, ohne zu detaillierte Informationen über genaue Hintergründe des Ereignisses erheben zu müssen. (s. *HLF Akuter sexueller Übergriff*)

Besteht der Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff innerhalb der letzten 72 Stunden, sollen die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen umgehend in eine dafür zuständige medizinische Einrichtung (z.B. Gewaltschutzambulanz, Kinderschutzambulanz, Childhood-Haus, Klinik) überwiesen werden. Das weitere Vorgehen, wie die Diagnostik und die forensische Spurensicherung, obliegt der Verantwortung der zuständigen Einrichtung (s.o.). In der pädiatrischen Praxis sollte in diesem Fall keine anogenitale Untersuchung durchgeführt werden, um durch doppelte Untersuchungen eine Retraumatisierung zu vermeiden. Die Initiative zur Befragung des Kindes bzw. Jugendlichen sollte nicht in der Praxis ergriffen werden. Fragen des Kindes bzw. Jugendlichen sollen beantwortet und spontane Äußerungen dokumentiert werden.

Sexuelle Gewalt gegen Kinder bzw. Jugendlichen betrifft alle Altersgruppen. Der/die Täter:in kommt in der Regel – wenn auch nicht zwangsläufig – aus dem sozialen Nahfeld des Kindes bzw. Jugendlichen. Das Kind bzw. Jugendlicher ist den Übergriffen meist chronisch über längere Zeiträume ausgesetzt und befindet sich in einem für Außenstehende unklaren Loyalitäts- und Abhängigkeitsverhältnis zum/zur Täter:in. Daher ist es zwingend notwendig mit einer neutralen und professionell ruhigen Haltung in die Untersuchung zu gehen, da wertende oder beurteilende Äußerungen zu einer möglichen emotionalen oder auch abwehrenden Reaktion bei dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen führen können.

Kinder bzw. Jugendliche, die chronisch sexueller Gewalt ausgesetzt sind, werden nur selten unmittelbar nach einem Ereignis ärztlich vorgestellt. Handelt es sich um eine/n Fremdtäter:in, ist ein zeitnahe Bekanntwerden des Übergriffs weitaus häufiger.

Ungeachtet des Bezugsverhältnisses von Kind bzw. Jugendlichen zur/zum Täter:in ist das Vorgehen der Untersuchung bei einem akuten Ereignis gleich. Das Bezugsverhältnis spielt jedoch bei der Abwägung notwendiger Schutzmaßnahmen eine Rolle, um eine Wiederholung zu verhindern. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.

Der Verdacht auf sexuelle Gewalt kann aus verschiedenen Gründen entstehen:

1. Äußerungen und Verhalten des Kindes bzw. Jugendlichen und/oder Erziehungsberechtigten (bzw. begleitender Person)
2. durch unabhängige Zeug:innen berichteter Vorfall
3. Gewichtige Anhaltspunkte auf mögliche sexuelle Gewalt, z.B. sichergestelltes kinderpornografisches Material durch die Strafverfolgungsbehörden mit fortlaufendem Kontakt zwischen beschuldigter Person und dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen
4. akute genitale Verletzung ohne suffiziente Erklärung eines akzidentellen Geschehens

Sexuelle Gewalt in der Praxis zu diagnostizieren ist unwahrscheinlich. Wichtig ist vor allem aufmerksam zu sein, und Kinder bzw. Jugendliche, bei denen Kinder- und Jugendärzt:innen Signale bekommen oder die „ein schlechtes Bauchgefühl“ hervorrufen (z.B. massive Ängste bei einer Untersuchung, insbesondere auch einer genitalen Untersuchung), einzuordnen, wahrzunehmen und rechtsverwertbar zu dokumentieren. Eine direkte Interpretation ist nicht möglich. Im Gespräch mit den Betroffenen sollten möglichst offene Fragen gestellt und diese neben den Antworten auch möglichst wörtlich dokumentiert werden.

2. Rechtliche Situation

Strafrechtlich relevant sind generell alle sexuell motivierten Taten, die gegen den Willen des/der Geschädigten durchgeführt worden sind oder an einer Person durchgeführt worden sind, die trotz ihres chronologisch reifen Alters keine Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt (z.B. Kinder mit Behinderung). Sexuelle Handlungen mit Kindern (d.h. juristisch Menschen unter 14 Jahren) sind gemäß § 176 StGB verboten.

Sind die Betroffenen 14 oder 15 Jahre alt (Jugendliche) und benennen, den sexuellen Kontakt gewollt zu haben, können Täter:innen, die volljährig sind, dennoch belangt werden, wenn die Erziehungsberechtigten der Betroffenen eine Strafanzeige stellen und nachgewiesen werden kann, dass der/die Jugendliche eine noch fehlende Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung besitzt und der/die Täter:in dies ausgenutzt hat.

Sollte ein Straftatbestand vermutet werden oder kann dieser noch nicht sicher ausgeschlossen werden, sollte immer eine Spurensicherung in einer dafür vorbereiteten medizinischen Einrichtung durchgeführt (s.o.) und die Verantwortung abgegeben werden, um bei einem naheliegenden Straftatbestand die Asservate zeitnah den Strafverfolgungsbehörden übergeben zu können. Auch bei unklaren Konstellationen sollte die Indikation zur Spurensicherung großzügig gestellt werden.

3. Hinweise zum Vorgehen

3.1 Inanspruchnahme fachlicher Beratung

Bei Vermutung oder Verdacht auf sexuelle Gewalt besteht die Möglichkeit, sich pseudonymisiert durch z.B. insoweit erfahrene Fachkräfte, Kompetenzzentren oder die Medizinische Kinderschutzhotline beraten zu lassen.

Beratungsstellen und Kinderschutzambulanzen, die sich auf sexuelle Gewalt spezialisiert haben, sind in diesem Fall sinnvolle Ansprechpartner:innen. Sie können helfen, weitere Schritte einzuleiten, die das Kind bzw. Jugendlichen schützen und die dazu beitragen, den Sachverhalt aufzuklären. Dies können zum einen Beratungsstellen (s.o.) oder aber spezialisierte Beratungszentren¹ zu sexueller Gewalt sein.

3.2 Anamneseerhebung

3.2.1 Dokumentation

Die Dokumentation der geschilderten Ereignisse muss detailliert und leserlich erfolgen, um für ein etwaig folgendes Strafverfahren jederzeit nachvollziehbar verständlich zu sein. Wörtliche Rede ist dabei zu markieren und es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat. Es muss dringend zwischen objektiv nachvollziehbaren (Indikativ) und anamnestisch geschilderten Sachverhalten (Konjunktiv) unterschieden werden.

Falsch: Marie ist heute im Park von einem Mann sexuell belästigt worden.

Richtig: Die Anamnese wurde von Maries Mutter ohne Anwesenheit von Marie erhoben. Sie berichtet, dass ihre Tochter ihr heute Nachmittag berichtet habe, dass sie auf dem Weg von der Schule nach Hause in einem Park von einem ihr unbekannten Mann angesprochen worden sei. Er habe ihr unter das T-Shirt gegriffen und ihre „Titis“ angefasst. Die Mutter schätzt, dass dies gegen 15.30 h stattgefunden haben muss. Marie sei gegen 16.00 h nach Hause gekommen und habe der Mutter sofort von dem Vorfall berichtet.

Beispiel

Dieses entspricht keiner Wertung der Glaubhaftigkeit, sondern dient der Abgrenzung, da die medizinische Aufgabe lediglich die Wiedergabe der Informationen ist und nicht deren Bewertung. Dies obliegt den Strafverfolgungsbehörden und der Staatsanwaltschaft.

Notwendig ist auch eine klare Zuordnung, wer die Anamnese erhoben hat und wer bei der Schilderung anwesend war, z.B. Anwesende bei Anamnese mit der Mutter, Dr. A.B. (Kinder- und Jugendärzt:in), Frau B.C. (Medizinische Fachangestellte)

¹ Adressen von spezialisierten Beratungsstellen in der Nähe können über die Datenbank des Hilfeportals Sexueller Missbrauch erhalten werden: [Hilfe finden - Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch \(hilfe-portal-missbrauch.de\)](https://hilfe-finden-hilfe-portal-sexueller-missbrauch.de).

Spontane Äußerungen des Kindes bzw. Jugendlichen sind dringend detailliert zu dokumentieren und wörtliche Rede erneut zu markieren:

„Aber nichts mehr in die Mumu stecken“.

Beispiel

Zu dokumentieren ist dann z.B.: Ich erklärte Marie, dass ich sie gerne untersuchen möchte, um zu schauen, was sie braucht, dass wieder alles in Ordnung kommt. Marie äußerte daraufhin spontan: *„Aber nichts mehr in die Mumu stecken“.*

Dialoge können auch wortwörtlich dokumentiert werden.

Untersucher fragt: *„Tut dir irgendetwas weh?“*

Marie: *„Ja, da unten.“*

Untersucher: *„Kannst du mir sagen wo genau?“*

Marie: *„Hier in der Mumu.“*

Untersucher: *„Seit wann tut es dir da weh?“*

Marie: *„Seit der Willi den Pipi da reingemacht hat.“*

Beispiel

Dringend muss darauf geachtet werden, wie Aussagen des Kindes dokumentiert werden. Zu vermeiden sind kurze Zusammenfassungen und Wertungen, da klar nachvollziehbar sein muss, wie die Aussage entstanden ist.

Falsch: Patientin berichtet von Schmerzen im Genitalbereich nach Penetration.

Richtig: Auf die Frage nach aktuell bestehenden Schmerzen berichtet Marie über Schmerzen an der „Mumu“. Auf die Frage, seit wann sie da Schmerzen habe, antwortet Marie *„Seit der Willi den Pipi reingemacht hat“.*

Beispiel

Dringend zu vermeiden sind auch Wertungen des Verhaltens. Auch dieses sollte nur neutral beschrieben werden.

Falsch: Marie ist traumatisiert. Ihre Mutter ist hoch besorgt.

Richtig: Marie weint während der Untersuchung und möchte nicht sprechen. Die Mutter stottert, während sie die Anamnese berichtet und beginnt zu weinen.

Beispiel

3.2.2 Gesprächsführung

Es ist in Ordnung, in einer offenen Frage nachzufragen, z.B. „Was meinst du damit?“ oder „Ist das denn schon einmal passiert?“ Die darauffolgende Antwort muss dringend wortwörtlich dokumentiert werden. Sollte das Kind bzw. Jugendlicher keine weiteren Äußerungen machen wollen, ist dies auf jeden Fall zu akzeptieren. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte bestärkt werden, dass es nichts sagen muss, z.B.: „Ok, du musst nichts sagen, wenn du nicht möchtest. Lass uns doch zusammen die Untersuchung machen.“

Auf keinen Fall dürfen suggestive Fragen gestellt werden, z.B.: „Hat der Mann das bei dir gemacht?“

Fragen sollten generell als offene Fragen formuliert und jede Suggestion vermieden werden. Beispiele für offene Fragen sind: „Was ist geschehen?“, „Und was ist dann passiert?“

Falsch: „Tat dir nach dem Sex was weh? Oder hat er dich auch an der Scheide angefasst?“



Richtig: „Tut dir irgendetwas weh?“

3.3 Untersuchung mit Gesprächsführung

Für die Praxis gilt bei Verdacht auf einen akuten sexuellen Übergriff eine umgehende Weiterleitung an eine zuständige medizinische Einrichtung.

Handelt es sich um keinen akuten sexuellen Übergriff, aber es besteht ein Verdacht auf sexuelle Gewalt aufgrund anderer Verdachtsmomente (z.B. auch eine Verletzung), kann eine Inspektion der Anogenitalregion erwogen werden.

Bei unerfahrenen Untersuchenden sollte der Fokus in der Kommunikation mit dem Kind bzw. Jugendlichen während der Untersuchung eher auf der Information zur Untersuchung gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen als auf der Befragung zu dem Ereignis liegen. Das Kind bzw. Jugendlicher sollte darüber informiert werden, dass die Untersuchung dazu dient, die körperliche Unversehrtheit wiederherzustellen. Außerdem kann dem Kind bzw. Jugendlichen auf diesem Weg Kontrolle gewährt werden.

Falsch: „Ich möchte dich untersuchen, damit wir deine Verletzungen dokumentieren können. Ich mache auch Abstriche auf Sperma.“



Richtig: „Ich habe von deiner Mutter verstanden, dass heute etwas passiert ist. Es war gut, dass du das erzählt hast. Ich würde dich gerne untersuchen, damit wir schauen können, was du brauchst, damit wieder alles in Ordnung kommt. Du musst keine Angst haben, ich erkläre dir alles, was ich mache, und du kannst mir gerne mithelfen.“

Zu beachten ist, dass eine Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes bzw. Jugendlichen durchgeführt werden soll. Außerdem hat die Untersuchung auch psychologische Aspekte und dient dazu, dem Kind bzw. Jugendlichen mitzuteilen, dass sie/er unversehrt ist. Ein auffälliger Untersuchungsbefund im Genitalbereich sollte nicht direkt als solcher benannt werden. Dies

kann zu Ängsten führen, beschädigt zu sein. So sollte bei z.B. Pfählungsverletzungen niemals von einem beschädigten Hymen gesprochen werden. Bei bestimmten Kulturgruppen kann dies für Mädchen zu Stigmatisierungen führen. Es gilt darauf hinzuweisen, dass Verletzungen im Genitalbereich wieder verheilen. Es gilt, dem Kind bzw. Jugendlichen ein gutes Gefühl bei und mit der Untersuchung zu vermitteln.

Differentialdiagnosen (z.B. Lichen sclerosus; genitale Streptokokkeninfektionen; Vulvitis des Kleinkindes) müssen bekannt sein und in Erwägung gezogen werden. Hier sollte eher eine Zweitmeinung eingeholt werden, bevor eine Fehlbeurteilung entsteht.

Selbstverletzendes Verhalten ist ein Ausdruck starker Gefühle, die anders schwer aushaltbar sind. Dies muss aber nicht durch sexuelle Gewalt ausgelöst werden. Wichtig sind ehrliches Nachfragen (respektvolle Neugier) ohne zu werten und aktives Zuhören.

In Betracht zu ziehen, ist ebenfalls, dass die Äußerung von Verdachtsmomenten bei Sorgerechtsstreitigkeiten auftreten und Kinder bzw. Jugendliche so von ihren Eltern instrumentalisiert werden können.

Im Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen soll nicht gesagt werden, dass nichts davon weitererzählt wird. Dies kann z.B. anhand guter und schlechter Geheimnisse erklärt werden.

Falsch: „Keine Sorge, du kannst mir alles sagen und ich werde es nicht weitererzählen.“

Richtig: Gute Geheimnisse machen gute Gefühle, die dürfen und können für sich behalten werden, um z.B. jemanden zu überraschen mit einem Geschenk; schlechte Geheimnisse machen schlechte Gefühle, die dürfen und sollten erzählt werden, denn dann wird das schlechte Gefühl oft besser.

Beispiel

Wichtig ist zu signalisieren, dass der/die Kinder- und Jugendärzt:in auf der Seite des Kindes bzw. Jugendlichen und für ein weiteres Gespräch zur Verfügung steht. Es kann angeboten werden, dass ein Rückruf aufs Handy des Kindes bzw. Jugendlichen möglich ist, wenn dieses in der Praxis seine/ihre Nummer hinterlässt mit dem Wunsch nach Rückruf.

Weiterhin kann auf Beratungsstellen gegen sexuellen Missbrauch vor Ort oder Hilfetelefone (z.B. Hilfetelefon Sexueller Missbrauch: 0800-22 55 530) verwiesen werden. Angebote richten sich an Betroffene, aber auch an Angehörige und Bezugspersonen wie Freund:innen, Erziehungsberechtigte, Geschwister, Verwandte sowie an Fachkräfte.

Folgende Themen können als Beratung angeboten werden:

- Umgang mit dem Kind bzw. Jugendlichen
- Mitteilung von Unterstützungsangeboten
- Informationen zur Anzeigenerstattung, anonymen Spurensicherung, Prozessbegleitung oder Opferentschädigung

Den Erziehungsberechtigten können folgende Hinweise für den Umgang mit ihrem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen mitgeteilt werden, wenn sich das Kind bzw. Jugendlicher den Erziehungsberechtigten anvertraut:

- „Ruhig und besonnen reagieren! Allzu gefühlsmäßige Reaktionen belasten betroffene Kinder und lassen sie meist erneut verstummen.“
- Das Kind sollte getröstet und umsorgt werden.
- Keine bohrenden Fragen stellen.
- Wenn ein Kind Einzelheiten über die belastenden Erlebnisse erzählt, sollten Erwachsene nicht überreagieren.“

(Entnommen aus den Informationen für Erziehungsberechtigte „Mutig nachfragen“²⁾)

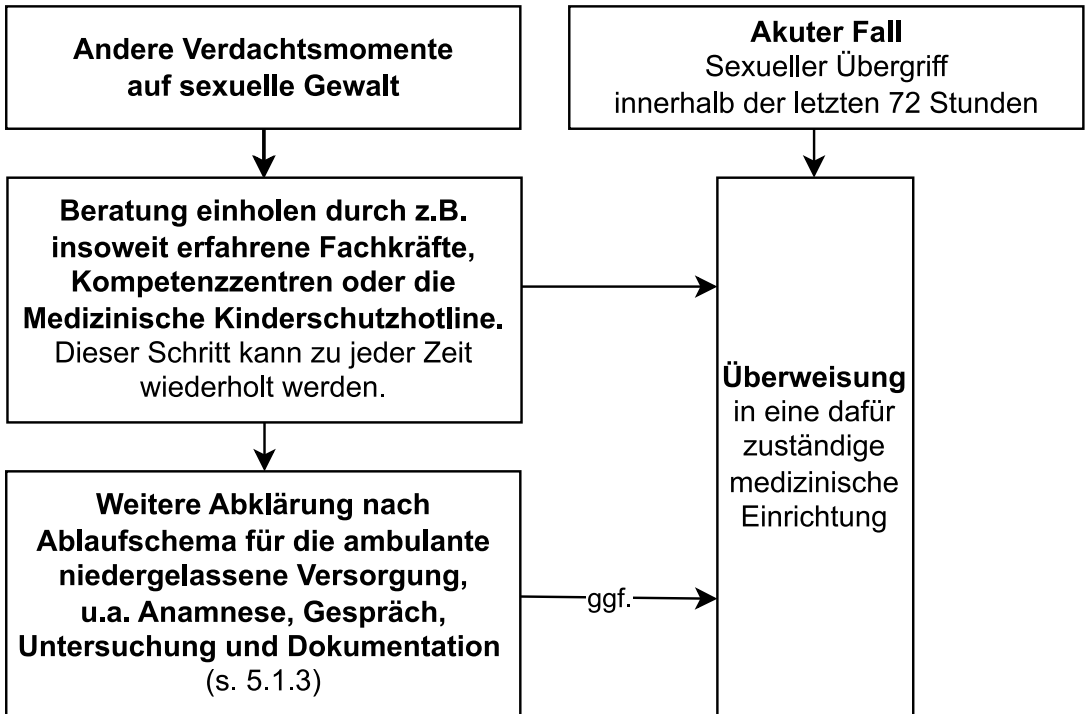
3.4 Hinweis zur Spurensicherung von mitgebrachter Kleidung

Entscheidend ist die Asservierung der Kleidung des Tattages. Sollten Kleidungsstücke vom Tattag in die Praxis mitgebracht werden, sind diese zu asservieren:

- Jedes Kleidungsstück muss einzeln in einer Papiertüte aufbewahrt werden.
- Nasse Kleidung wird einzeln in jeweils eine offene Plastiktüte gelegt und muss zeitnah an die Strafverfolgungsbehörden oder an die anonyme Spurensicherung ausgehändigt werden. Hier erfolgen eine angemessene Trocknung und Lagerung der Asservate.
- Jede Tüte muss mit Namen, Datum, Körperstelle, ggf. Körperseite sowie dem Inhalt (z.B. blaues T-Shirt, rosa Unterhose) beschriftet werden.
- Jede Tüte ist ein Asservat, dass im Arztinformationssystem/Patientenakte dokumentiert werden muss (z.B. eine rosa Unterhose und ein blaues T-Shirt). Die Dokumentation schließt ein, an wen das Asservat ausgehändigt wird. Das Vorhandensein von Asservaten sollte auch im Überweisungsschein aufgeführt werden.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). Mutig fragen – besonnen handeln. Im Internet unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94394/d8f1d74060cebbdffa12fa39890d268/mutig-fragen-besonnen-handeln-data.pdf>, Zugriff am 18.07.2023.

4. Ablaufschema



*Vorgehen in der Kinder- und Jugendarztpraxis bei V.a. sexuelle Gewalt
(eigene Darstellung)*

Kinderschutzbrief – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Ein Kinderschutzbrief ist eine zusätzliche Dokumentation und dient der Weitergabe von Informationen an weitere Akteure, z.B. weiterbehandelnde/r Kinder- und Jugendärzt:in, Jugendamt, Polizei (s. *HLF Weitergabe Patienteninfos*) und greift kinderschutzbezogene Aspekte auf. Für fachfremde Adressat:innen sollten medizinische Fachbegriffe erläutert werden und allgemeinverständlich formuliert sein!

Alles, was berichtet wird, muss im Konjunktiv stehen oder mittels wörtlicher Rede dargestellt werden. Nur eigene Beobachtungen/Feststellungen dürfen im Indikativ formuliert und als solche gekennzeichnet werden.

2. Aufbau

Der Brief enthält Angaben zur/zum Kinderschutzambulanz/-gruppe als Absender und Angaben zum Empfängerkreis des Briefes. Die Informationen zum/zur Patient:in sind mit Name, Vorname, Geburtsdatum, -ort, Adresse vollständig anzugeben.

Der Inhalt des Briefes besteht aus den vorhandenen Informationen (Anamnese, Untersuchung und Diagnostik), der Auswertung der Befunde und einer entsprechenden Empfehlung.

Im Folgenden sind die zu beachtenden Aspekte für einen Kinderschutzbrief (*kursiv*) aufgeführt:

Adressat:in und weitere Empfänger:innen

(Informationsweitergabe klären)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

am _____ (*Datum, Uhrzeit*) wurde der/die Patient:in in unserer Kinderschutzambulanz vorgestellt

oder

vom _____ bis _____ wurde der/die Patient:in stationär (*ggf. Angabe von Aufenthalt auf der Intensivstation*) behandelt.

Diagnosen: (*T74.-, wenn zutreffend als spezielle Diagnose für z.B. Kindesmisshandlung und/oder zuzüglich z.B. Z64.- Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände, Z63 Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis*)

Allgemeine Anamnese: (Dokumentation, wer welche Angaben zur Anamnese gemacht hat, zu Familienanamnese sowie frühere Erkrankungen)

Spezielle Anamnese: (Dokumentation, wer welche Angaben gemacht hat, Benennung des Vorstellungsgrundes als auch des möglichen Tat-/Unfallhergangs mit Dokumentation von Ort, Datum, Uhrzeit, falls bekannt Täter:in)

Anamnese des Kindes bzw. Jugendlichen: (Dokumentation wortgetreu mit entsprechender Kennzeichnung)

Sozialanamnese: (Dokumentation, wer welche Angaben zur Sozialanamnese gemacht hat, zu Familie und sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen; ggf. bereits bestehende Kontakte ins Hilfesystem; In Bezug auf die Weitergabe von Informationen ist zu beachten, inwieweit es sich um sensible Informationen über z.B. Erziehungsberechtigte handelt.)

Allgemeiner körperlicher Untersuchungsbefund: (zum Zeitpunkt der Vorstellung bzw. der Aufnahme)

Allgemeinzustand:

Pflegezustand und Zahnstatus:

Entwicklungsstatus: (Motorik, Sprache, Emotionen, Soziales)

Ernährungszustand: (Größe, Gewicht, ggf. Kopfumfang; Perzentilen angeben, ggf. als Verlaufsdarstellung)

Allgemein pädiatrischer Untersuchungsbefund:

Diagnostik:

Laborbefunde:

Bildgebende Diagnostik: (z.B. Röntgen-Skelettscreening)

Ärztliche Konsile: (z.B. augenärztlich, gynäkologisch)

Psychologisches Konsil:

1. Befund, ggf. psychopathologischer Befund:

2. Beurteilung:

3. Empfehlung:

Besondere Untersuchungsbefunde: (*Jede Verletzung einzeln: Art der Verletzung, inkl. exakter Lokalisation, Maße, Form, Beschaffenheit, Färbung und ggf. Schmerzhaftigkeit. Verletzung beschreiben, nicht bewerten. Alle Verletzungen und Auffälligkeiten dokumentieren, nicht nur die klinisch relevanten.*)

1. Verletzungen	2. Narben	3. Nävi	4. Pigmentstörungen	5. Keloide
a)	a)	a)	a)	a)
b)	b)	b)	b)	b)
c)	c)	c)	c)	c)
6. Auffälligkeiten (Labor/Bildgebung/Konsile)			7. Weitere Auffälligkeiten	
a)			a)	
b)			b)	
c)			c)	

Beurteilung der besonderen Untersuchungsbefunde: (*Wertung der Auffälligkeiten und jeder einzelnen (!) Verletzung anhand der Anamnese auf Plausibilität, da eine rein deskriptive Beschreibung der Befunde nicht bei der Einschätzung hilft, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt; Einschätzung der Wahrscheinlichkeit von Folgeschäden und dauerhaft anhaltenden Einschränkungen.*)

Zu 1 ...

Zu 2 ...

...

Empfehlungen: (*Dokumentation der Absprachen mit dem Jugendamt, Hilfekonzepte erläutern, Kontrolltermine in Kinderschutzambulanz angeben, ggf. „Arbeitsauftrag“ für den/die weiterbehandelnde/n Kinder- und Jugendärzt:in formulieren und möglichst telefonisch abstimmen*)

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Unterschriften

Leitung der Klinik

Leitung Kinderschutzambulanz/
Oberarzt/-ärztin

Assistenzarzt/-ärztin

10

Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Die Weitergabe von Patientendaten bedarf einer schriftlichen Erlaubnis (Schweigepflichtentbindung) der Patient:innen bzw. deren gesetzlichen Vertretung. Die Schweigepflicht gilt über den Tod hinaus. Die Entbindung von der Schweigepflicht kann mündlich oder schriftlich erteilt werden. Bei mündlicher Erteilung hat eine entsprechende Dokumentation durch den/ die Ärzt:in zu erfolgen.

Unter die Schweigepflicht fallen alle Informationen, die im Rahmen der Berufsausübung erhoben und dokumentiert wurden. Schon die Namen der Patient:innen im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung oder die Frage, ob ein Kind oder Jugendlicher behandelt wurde, darf nicht ohne Zustimmung der Patient:innen bzw. deren gesetzlichen Vertretung beantwortet werden.

In diesem Handlungsleitfaden werden die Regelungen zur Weitergabe von Patienteninformationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung unter Beachtung der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB beschrieben. Der § 4 KKG regelt den Umgang bei v.a. Kindeswohlgefährdung für Berufsgeheimnisträger:innen und gilt bundesweit. Diese Regelung beinhaltet auch eine Befugnisnorm, die die Weitergabe von Informationen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung möglich macht.

2. Weitergabe von Patienteninformationen

Die Anfragenden zur Weitergabe von Patienteninformationen können in zwei Gruppen unterschieden werden: Zum einen der/die Patient:in bzw. deren gesetzliche Vertretung (Erziehungsberechtigte) selbst oder Anfragen durch Dritte, z.B. Jugendamt, andere Ärzt:innen, Staatsanwaltschaft, Polizei.

2.1 Anfrage von Patient:in bzw. deren gesetzliche Vertretung

Generell gilt: Die Patient:innen haben einen Anspruch auf Einsicht in die gesamte Patientendokumentation. Der Anspruch auf Herausgabe der Informationen besteht gemäß § 630g Abs.1 BGB, sofern der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Der Einsichtnahme entgegenstehende Gründe sind:

(Folgende Auflistungen sind dem Merkblatt der Ärztekammer Berlin „Auskunftsrecht und Einsichtnahme in Patientenunterlagen“ entnommen und entsprechend kursiv hervorgehoben)¹

1 Ärztekammer Berlin (2020). Auskunftsrecht und Einsichtnahme in Patientenunterlagen. Im Internet unter: https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/25_Merkblatt_Einsichtsrechte_in_Patientenunterlagen.pdf, Zugriff am 17.07.2023.

„Therapeutische Gründe: Eine Ablehnung der Einsichtnahme aus therapeutischen Gründen setzt voraus, dass dies zum Schutz der Patientin/des Patienten erforderlich ist. Das kommt v. a. vor allem bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen in Betracht, wenn zu erwarten ist, dass eine Kenntnis der Patientin/dem Patienten erheblich schaden könnte (etwa Selbstverletzungs- oder Suizidgefahr, Negative Auswirkungen auf die Erkrankung). Ist die Patientin/der Patient dagegen psychisch stabil und ist keine Gefährdung aufgrund der Einsichtnahme zu befürchten, so ist ihr oder ihm die eigene Entscheidung darüber zuzubilligen, wieviel er oder sie wissen möchte und wo die Grenze des eigenen Informationsinteresses erreicht ist. In Zweifelsfällen sollte geprüft werden, ob bestehenden medizinischen Bedenken dadurch Rechnung getragen werden kann, dass die Einsichtnahme in Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes stattfindet. Von dieser Möglichkeit ist vorrangig Gebrauch zu machen.

Entgegenstehende Rechte Dritter: Soweit die Behandlungsunterlagen sensible Informationen über eine dritte Person (etwa: Eltern, andere Sorgeberechtigte) beinhalten, ist eine Abwägung zwischen dem Persönlichkeitsrecht (bzw. Geheimhaltungsinteresse) des Dritten und dem Informationsinteresse der Patientin/des Patienten vorzunehmen. Ein überwiegendes Schutzinteresse des Dritten kann insbesondere dann vorliegen, wenn dessen Intimsphäre betroffen ist. Aber auch bei sonstigen personenbezogenen Daten über eine dritte Person ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob dem Geheimhaltungsinteresse des Dritten der Vorzug gebührt. Das Informationsinteresse einsichtswilliger Patient:innen kann etwa dann zurückzustehen haben, wenn die Information nicht zugleich deren Persönlichkeitsrecht (sondern ausschließlich das der dritten Person) betrifft. Die Abwägung der widerstreitenden Interessen kann hier besonders schwierig sein.

Entgegenstehende Rechte der Ärztin/des Arztes: Subjektive Wertungen der Ärztin/des Arztes stehen der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen nicht entgegen (s. o.). Insbesondere können psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsunterlagen nicht schon mit der Begründung zurückgehalten werden, die Ärztin/der Arzt habe eigene, persönliche Reaktionen auf die Patientin/den Patienten festgehalten. In Ausnahmefällen kann das ärztliche Persönlichkeitsrecht aber in qualifizierter Weise betroffen sein und einer Einsichtnahme in die (entsprechende Passage der) Behandlungsdokumentation entgegenstehen. Dies ist möglich bei Eintragungen, die eine Reflexion eigener, intimer Gefühle und Gedanken der Ärztin/des Arztes (z. B. im Rahmen einer Psychotherapie) betreffen und die von vornherein für eigene Zwecke (z. B. für eine Supervision) aufgezeichnet wurden. Soweit Inhalte der Behandlungsdokumentation hingegen für die Kenntnisnahme anderer bestimmt sind, wird ein überwiegendes Geheimhaltungsinteresse der Ärztin/des Arztes in der Regel ausscheiden.“

2.2 Anfrage von Dritten

Bei Anfragen von Dritten ist die Weitergabe von Patientendaten über zwei Wege möglich:

Schweigepflichtentbindung durch den/die Patient:in bzw. die gesetzliche Vertretung

Die Schweigepflicht gilt grundsätzlich auch gegenüber **Dritten** wie z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gerichten (Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO bzw. § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO). Liegt hingegen eine Entbindung von der Schweigepflicht vor, so sind die behandelnden Ärzt:innen zur Herausgabe der Krankenunterlagen (§ 385 Abs. 2 ZPO) verpflichtet. Dies ist entsprechend zu dokumentieren.

Für das Auskunftsbegehren von Krankenkassen ist maßgebend, ob die versicherte Person im Rahmen des Versicherungsvertrages einer Übermittlung von Daten an die Krankenkassen zugestimmt hat oder eine gesetzliche Befugnis zur Offenbarung besteht. Die Pflicht zur Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden in Fällen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt besteht seit August 2013 nicht mehr (§ 294 a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Es besteht eine Befugnis, die von der Schweigepflicht entbindet

Die Weitergabe von Patienteninformationen an Dritte ist ohne Schweigepflichtentbindung durch den/die Patient:in nur aufgrund einer entsprechenden Befugnis unzulässig und verstößt gegen die Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Folgende Befugnisse berechtigen zur Weitergabe von Informationen:

- **§ 4 KKG** – Zur Abwendung einer möglichen Kindeswohlgefährdung dürfen personenbezogene Daten auch ohne Schweigepflichtentbindung an das zuständige Jugendamt weitergegeben werden.
- **§ 8a SGB VIII** – bei Anfrage des zuständigen Jugendamtes im Rahmen eines § 8a-Verfahrens
- **§ 34 StGB** – Wenn bei einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leib oder Leben, der Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen das Interesse an der Geheimhaltung der Informationen wesentlich überwiegt, dürfen Informationen gegenüber den Strafverfolgungsbehörden übermittelt werden.
- Mit Vorlage eines **behördlichen Beschlusses**, z.B. durch Staatsanwaltschaft oder Gerichte (z.B. nach § 81 StPO), ist die Weitergabe von Informationen an die auftraggebende Behörde auch ohne Schweigepflichtentbindung zulässig.

Die Weitergabe von Patienteninformationen an Dritte müssen begründet dokumentiert werden. Dies bedeutet, dass bei Inanspruchnahme der Befugnis zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte an das Jugendamt nach § 4 KKG die Gründe, im Sinne der Güterabwägung, Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen und Wahren der Schweigepflicht, dokumentiert werden sollen.

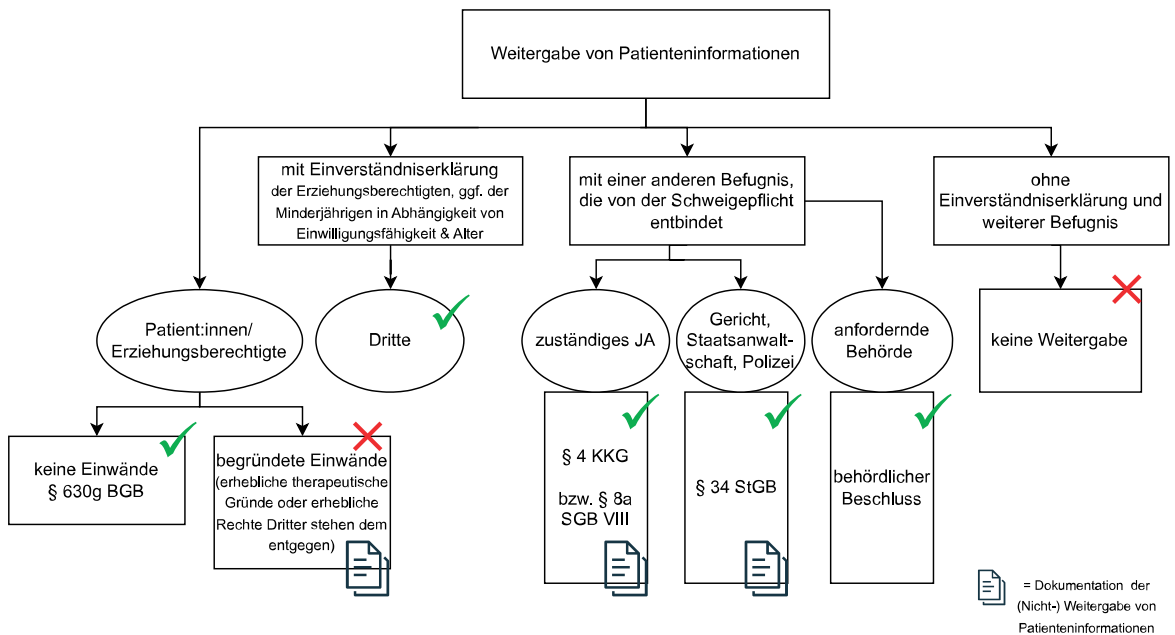
3. Dokumentationspflichten

Bei jeder Informationsweitergabe von Patientendaten ist Folgendes zu dokumentieren:

- Welche Gründe bestehen für eine Weitergabe von Informationen?
 - Patientenanfrage
 - Einverständniserklärung mit Schweigepflichtentbindung (Die Einverständniserklärung ist von allen gesetzlichen Vertretungen, z.B. beide Eltern einzuholen.)
 - Behördlicher Beschluss zur Weitergabe von Informationen mit Entbindung der Schweigepflicht (Behördliche Beschlüsse sind in der Akte abzulegen.)
 - bei V.a. Kindeswohlgefährdung aufgrund der Befugnis:
 - gemäß § 4 KKG bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, wenn der wirksame Schutz des Kindes bzw. Jugendlichen in Frage gestellt wird, so dass von einem Einbezug der Erziehungsberechtigten abzusehen ist
 - nach § 34 StGB wegen akuter Gefahr und nach reiflicher Güterabwägung, die aus der Dokumentation ersichtlich werden muss
- Die Gründe bzw. die Güterabwägung in Bezug auf das Brechen der Schweigepflicht müssen in diesen Fällen dokumentiert werden.

- An wen werden Informationen weitergegeben?
- Welche Informationen werden weitergegeben?
- Von wem werden die Informationen weitergegeben?

4. Ablaufschema



Ablaufschema für die Weitergabe von Patientendaten in Kliniken und Praxen (eigene Darstellung)

Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin - Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Rechtsmedizinische Expertise ist ein wichtiger Bestandteil bei der Abklärung von Fällen möglicher Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexueller Gewalt. Rechtsmedizinische Institute bzw. rechtsmedizinische Ambulanzen halten für diese Fälle Angebote vor, wie beispielsweise:

- Beratung in der Einschätzung von suspekten Befundkonstellationen
- Forensische Untersuchung und Begutachtung von Gewaltopfern
- Asservierung und Lagerung von Beweismaterial

Um auf eine rechtsmedizinische Expertise für die eigene medizinische Einrichtung zurückgreifen zu können, sollte eine Kooperation mit einem rechtsmedizinischen Institut geschlossen werden. Je nach Vereinbarung kann niederschwellig und ohne weiteren bürokratischen Aufwand eine konsiliarische Leistung in Anspruch genommen werden. Konsiliarische Leistungen kommen z.B. dann zum Tragen, wenn ein rechtsmedizinisches Gutachten (in der Regel separat in Rechnung gestellt) erforderlich und die Transportfähigkeit der Patient:innen nicht gewährleistet ist.

In einigen Bundesländern stehen rechtsmedizinische Angebote zur pseudonymisierten Beratung mittels elektronischer Konsile zur Verfügung. In entsprechenden Kompetenzzentren kann z.B. eine Beratung in der Einschätzung suspekter Befundkonstellationen angefragt werden. Diese pseudonymisierte Beratung ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit Schulungen für medizinisches Personal in Anspruch zu nehmen.

2. Ablauf/Vorgehen

2.1 Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Expertise

Für die Inanspruchnahme einer rechtsmedizinischen Expertise ist eine Absprache bzw. Kooperation mit einem rechtsmedizinischen Institut erforderlich. Es empfiehlt sich, mit dem jeweiligen rechtsmedizinischen Institut z.B. über eine Kooperationsvereinbarung abzustimmen, wie der Ablauf der Kommunikation bei Anfragen erfolgen kann. Dazu sollten sowohl Übermittlungswege mit entsprechenden Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten und Kontakten abgestimmt als auch die Frage der Kosten für eine forensische Untersuchung bzw. einer Begutachtung eines Gewaltopfers vereinbart werden.

Empfehlung zur Einholung einer rechtsmedizinischen Expertise

In Vorbereitung auf die Einholung der rechtsmedizinischen Expertise sollten vorab Informationen zusammengetragen werden, die die folgenden Aspekte berücksichtigen:

- In Absprache mit der Rechtsmedizin wird entschieden, ob eine pseudonymisierte Beratung oder eine körperliche Untersuchung durch die Rechtsmedizin erfolgen kann. Mit der Entscheidung zur körperlichen Untersuchung muss das Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt werden.
- Erfassung und Beschreibung der aktuellen Situation des/der Patient:in, u.a. mit Anamnese-Erhebung, Vorerkrankungen, Medikamente, Größe, Gewicht, Ernährungs-/Allgemein-/Pflegezustand, Befunde (Kopf/Hals, Rumpf, Extremitäten, Genitale)
- Ggf. Formulierung einer eigenen Einschätzung zum Gefährdungsrisiko, u.a. unter Berücksichtigung der Kooperation der Erziehungsberechtigten
- Ggf. Hinzufügen von Dokumenten/Fotos (*CAVE: keine Personenangabe bei pseudonymisierter Beratung*)
- Formulierung einer Fragestellung für die Rechtsmedizin, z.B. Einschätzung einer suspekten Befundkonstellation (ist die Schilderung der Erziehungsberechtigten kongruent zum Verletzungsmuster?) oder Hinweis zur weiteren Diagnostik/forensische Untersuchung

2.2 Asservierung und Lagerung von Beweismaterial

In der medizinischen Einrichtung sollte es einen definierten Ort geben, an dem die Spurensicherungssets sowie die Asservate sicher und trocken aufbewahrt werden können (z.B. verschlossener Schrank bzw. Kühltank auf Intensivstation) (s. *HLF Akuter sexueller Übergriff*). Die folgenden Punkte (u.a.) gilt es in Bezug auf die Asservierung und Lagerung von Beweismaterial zu berücksichtigen:

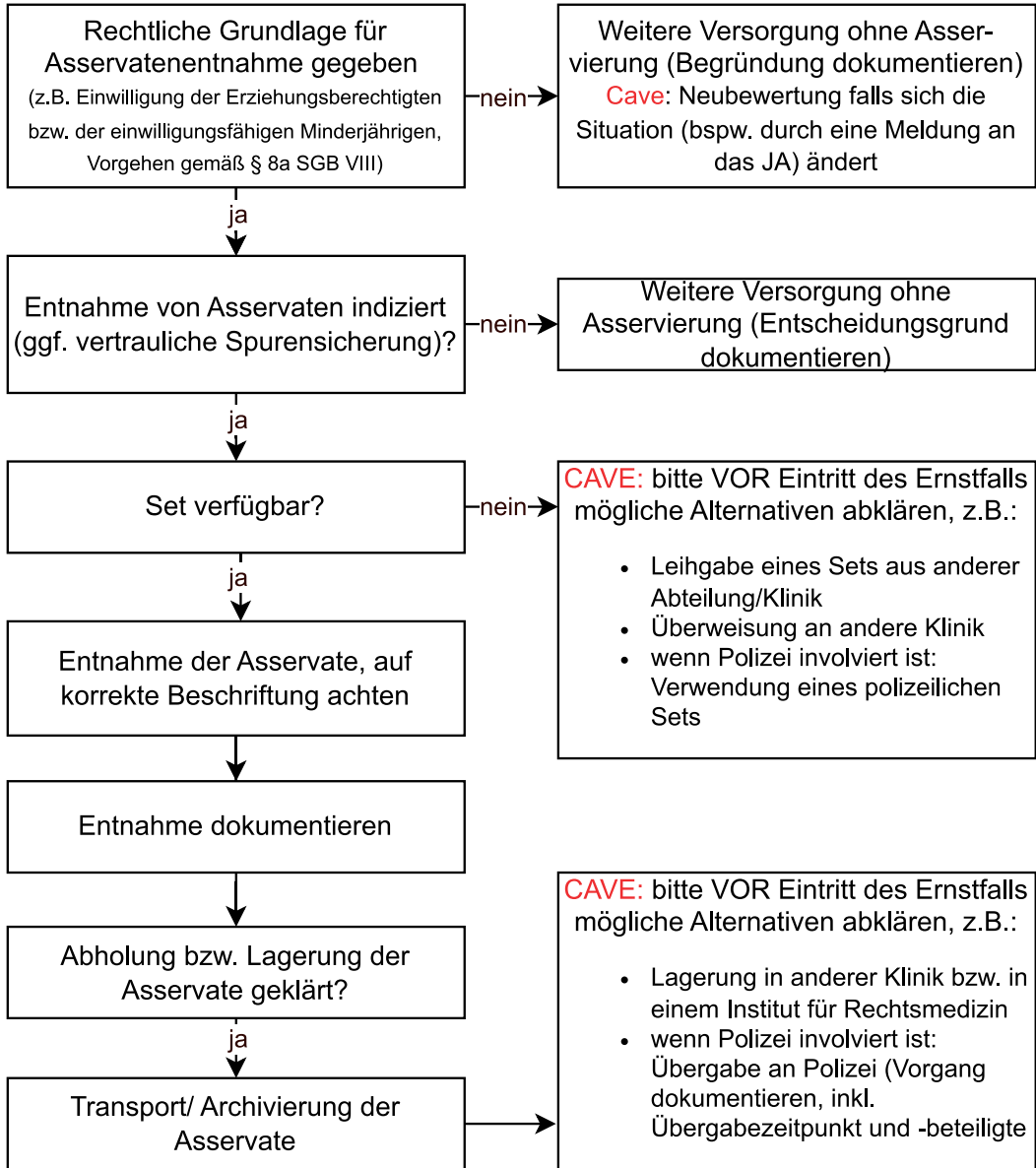
- Die Spurensicherung bei Vorstellung in Begleitung durch die Kriminalpolizei erfolgt durch den/die Ärzt:in. Die Sicherstellung der Asservate erfolgt durch die Beamt:innen der Kriminalpolizei.
- Es besteht die Möglichkeit einer vertraulichen (anzeigenunabhängigen) Spurensicherung. Betroffenen wird eine gerichtsverwertbare ärztliche Dokumentation ihrer Verletzungen und eine Spurensicherung ohne sofortige Anzeigeerstattung ermöglicht. Betroffene haben somit die Möglichkeit, sich körperlich und mental zu erholen, sich Unterstützung zu suchen und gemeinsam mit ihren Erziehungsberechtigten die Option einer Anzeige zu überdenken. Der Schutz der Jugendlichen muss gewährleistet sein, ob durch Hinzuziehung der Eltern oder der Jugendhilfe ist im Einzelfall zu entscheiden. Bei Kindern scheidet dieses Verfahren meistens aus. Auch hier ist an den künftigen Schutz des Kindes zu denken (Schwier et al. 2023).
- Abhängig von der Verwahrungszeit der gesicherten Spuren kann im Falle einer Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt auf die gesicherten Materialien zurückgegriffen und diese ausgewertet werden. Die Betroffenen sollten über die Dauer der Verwahrung informiert werden und diese mit ihrer Unterschrift bestätigen. Die jeweilige Verwahrdauer variiert abhängig vom Versorgungsstandort (Balint et al. 2022).

- Rechtliche Grundlage der Spurensicherung
 - bei Alter 0-13 Jahre:
 - Einwilligung der Erziehungsberechtigten oder Vorgehen nach § 8a SGB VIII
 - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung üblicherweise nicht (!) sinnvoll¹
 - bei Alter 14-15 Jahre:
 - Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen ist regelhaft Ermessenssache; ärztliche Einzelfallentscheidung
 - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung
 - bei Alter 16-17 Jahre:
 - Patient:in entscheidet selbst, sofern möglich
 - Vertrauliche Spurensicherung als Einzelfallentscheidung
- bei Bedarf Kontaktaufnahme zur Klinik für Gynäkologie und Spurensicherung bei Untersuchung mit Kolposkopie

1 Die vertrauliche Spurensicherung hat ihren Stellenwert in dieser Altersgruppe vor allem bei ungeklärten Gesamtsituationen, bei denen eine verfrühte Einschaltung von Strafverfolgungsbehörden (Kriminalpolizei, Gericht) in Abwägung der Lebenssituation des Kindes potenziellen Schaden verursachen könnte (z.B. ungeschützte Geschwisterkinder, vermuteter institutioneller Übergriff in KiTa oder Schule o.ä.).

Für den/die spurensichernde/n Ärzt:in bleibt die Verantwortung der Abschätzung der Kindeswohlgefährdung. Bei geringsten Zweifeln – insbesondere bei einem möglichen Verdacht gegen eine/n oder mehrere Erziehungsberechtigte:n – ist die Einschaltung des Jugendamtes angezeigt. In diesem Fall gilt eine Spurensicherung nicht mehr als vertraulich.

3. Ablaufschema



Ablaufschema bei V.a. sexueller Gewalt in Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin (eigene Darstellung)

Unterstützung durch die Polizei – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Hinweis: Inhalte dieses Handlungsleitfadens sind weitestgehend dem Leitfaden für Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz des Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen in NRW (KKG NRW) entnommen und entsprechend kursiv hervorgehoben ¹.

„Für unmittelbare Gefährdungslagen benötigen Kliniken die Unterstützung der nächsten Polizeidienststelle (Gefahrenabwehr). Für die Ermittlung in Strafsachen (Strafverfolgung) gibt es zudem diverse Kriminaldezernate, die fachspezifisch für unterschiedliche Delikte zuständig sind, z.B. Gewalt gegen Kinder, Sexualstraftaten, Drogenkriminalität etc. Zur Netzwerkbildung sollte bei der örtlichen Kriminalwache die jeweilige Ansprechperson festgestellt werden. Zudem ist zu bedenken, dass jeweils die Kriminalbehörde der Stadt zu „ermitteln“ ist, in der der vermutete Tatort liegt. Dieser kann von der Meldeadresse des Kindes abweichen. Grundsätzlich nimmt aber jede Dienststelle Anzeigen entgegen, prüft die Zuständigkeit und leitet ggf. weiter.“

Im Kontext des Kinderschutzes ist die Rechtsvorschrift nach § 225 StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) die einschlägige Norm: Sie stellt speziell Misshandlungen an Kindern und Jugendlichen unter Strafe, die der Fürsorge oder Obhut der misshandelnden Person unterstehen oder dieser Person vom Fürsorgepflichtigen überlassen wurden, ihrem Hausstand angehören oder ihr im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet sind. Damit umfasst die Vorschrift insbesondere Eltern, Pflegeeltern, Betreuer:innen, Pflegepersonal, aber auch Lebenspartner:innen in häuslicher Gemeinschaft.

Der Tatbestand nach § 225 StGB liegt in den folgenden Formen vor:

- Quälen: Zufügen länger dauernder oder sich wiederholender Schmerzen oder Leiden körperlicher oder seelischer Art
- Misshandeln: Rohes, d.h. besonders gefühlloses und erhebliches, Misshandeln
- Vernachlässigen: Gesundheitsschädigung aus böswilligen, d.h. aus besonders verwerflichen, selbstsüchtigen Gründen (etwa Hass, Bosheit, Geiz, rücksichtslosem Egoismus). Umfasst ist auch das Verwahrlosenlassen

Im Gegensatz zu den dargestellten Misshandlungsdelikten sind bei der Einordnung von Sexualstraftaten Altersschutzzgrenzen relevant. Kind im Sinne des Sexualstrafrechts ist jede Person bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs, das heißt um Mitternacht vor dem

¹ Banaschak, Sybille; Brüning, Tanja (2022): Leitfaden für Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz. Hg. v. KKG - Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW. Online verfügbar unter https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2206058-K_Leitfaden_A4_Netzwerke_Medizinischer_Kinderschutz_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2023.

14. Geburtstag endet in diesem strafrechtlichen Sinne die Kindheit (s. *HLF Rechtsmedizin*). Der § 176 StGB stellt jeden „sexualbezogenen Umgang mit Kindern“ unter Strafe.

Bereits der Versuch ist strafbar. Dies gilt auch im Falle des (auch einvernehmlichen) sexuellen Kontaktes unter Kindern bzw. Jugendlichen. So darf strafrechtlich gesehen z.B. ein 15-Jähriger keine sexuellen Handlungen an seiner 13-jährigen Freundin vornehmen – er würde sich ggf. gemäß § 176 StGB strafbar machen (ist auch der/die „Täter:in“ unter 14 Jahre alt, wird die Tat jedoch nicht verfolgt, da er/sie dann noch nicht strafmündig ist nach § 19 StGB).

2. Unterstützung durch die Polizei

2.1 Aus Sicht der Klinik

„Unterstützung durch die Polizei kann im Kinderschutzprozess aus unterschiedlichen Gründen notwendig sein. Die örtliche Polizeiwache ist prinzipiell Ansprechpartnerin für jede Art der Gefahrenabwehr. Sollte in der Klinik eine Situation entstehen, in der beispielsweise Eltern gegen Rat die Klinik mit ihrem Kind verlassen wollen, hochaggressiv auftreten oder randalieren, so wird die örtliche Polizeidienststelle für diese Gefahrenabwehr aktiv.“

Viele Verletzungsmuster oder anamnestische Angaben, die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen im Rahmen der Kinderschutzarbeit bekannt werden, entsprechen zudem potentiellen Straftatbeständen. Generell sind die Mitarbeiter/innen der Klinik nicht verpflichtet, Strafanzeige zu erstatten, dürfen dies jedoch tun, wenn das Brechen der Schweigepflicht (s. HLF Weitergabe von Patienteninfos) der Sicherung eines höheren Rechtsgutes, wie z.B. der Sicherstellung des Schutzes der Patientin/des Patienten oder von Geschwisterkindern, dient. Bei der Entscheidung, ob und wann Anzeige erstattet wird, sind einige Aspekte zu berücksichtigen. Eine Anzeige kann prinzipiell bei jeder Polizeidienststelle erstattet werden. Neben den regulären Polizeidienststellen gibt es i.d.R. aber auch spezialisierte Kriminalkommissariate, in denen die Ermittlungen zu den verschiedenen Deliktsbereichen stattfinden. Die inhaltliche Ausdifferenzierung der Zuständigkeiten kann in den Städten/Kreisen unterschiedlich organisiert sein. Das Organigramm des jeweiligen Polizeipräsidiums gibt Auskunft über die Gestaltung der Abteilungen vor Ort. So können Sexualdelikte und Misshandlungen Schutzbefohlener bspw. durch dasselbe Kriminalkommissariat bearbeitet werden oder unterschiedlichen Kommissariaten unterliegen. Innerhalb der Abteilungen werden die zu bearbeitenden Fälle den Sachbearbeiterinnen/ Sachbearbeitern zugewiesen, die über Erfahrungen oder Zusatzqualifikationen der jeweiligen Sachgebiete verfügen. Es sollte bei den zuständigen Kommissariaten erfragt werden, ob und in welchen Fällen eine direkte Kontaktaufnahme oder wann zunächst ein Kontakt zur örtlichen Polizeiwache gewünscht ist.

Wenn eine Strafanzeige erstattet wird, die den Verdacht auf eine Gewalttat zulasten eines Kindes vermuten lässt, kann diese aufgrund der Ermittlungsverpflichtung (s. *Offizialdelikt*) nicht zurückgezogen werden. Die Polizei ermittelt in diesen Fällen von Amts wegen. Klinik-intern sollte generell feststehen, welche Kommunikationswege bei einer Strafanzeige eingehalten werden müssen.

Es sollte ggf. gemeinsam mit der Rechtsabteilung der Klinik festgelegt werden, zu welchem Zeitpunkt die/der Vorgesetzte oder die Geschäftsführung über die Situation informiert werden bzw. von dort die Anzeigeerstattung erfolgt.

Wie unterstützt die Polizei die Klinik?

- Gefahrenabwehr
- Aufnahme/Einleitung von Ermittlungen
- Polizei wird von Amts wegen tätig, sobald sie Information über eine mögliche Gewalttat erhält

Wie unterstützt die Klinik die Polizei?

- medizinische Versorgung
- Spurensicherung (Fotodokumentation und Abstrichentnahme)
- medizinische Expertise/medizinischer Ansprechpartner
- medizinische Stellungnahmen oder klinische Einschätzungen einer Verletzung
- ggf. Kenntniserhalt von potentiellen Gewalttaten
- und Information der Polizei

Offizialdelikt

Offizialdelikte sind Straftaten, die die Staatsanwaltschaft von Amts wegen verfolgt. Dies trifft auf viele Gewalttaten zu, insbesondere aber Gewalttaten zulasten von Kindern. In Bezug auf Kindesmissbrauch und -misshandlungsfälle bedeutet dies, dass für Polizei und Staatsanwaltschaft, nachdem ihnen die Fälle bekannt geworden sind, eine Ermittlungspflicht zur Klärung des Sachverhalts besteht. In diesen Fällen bedarf es keines Strafantrags des Opfers. Die Strafverfolgungsbehörden haben bei Offizialdelikten keinen Ermessensspielraum, d.h. sie müssen tätig werden, indem sie z.B. Beweise sichern, Zeugen ermitteln und körperliche Untersuchungen des Opfers veranlassen. Zurückgezogen werden kann eine derartige Anzeige aufgrund der Ermittlungspflicht ebenfalls nicht.“

2.2 Aus Sicht der Betroffenen

Medizinische Einrichtungen sollten Beratungsangebote als auch Schutzmaßnahmen der Polizei bekannt sein, um die Betroffenen darauf hinzuweisen. Diese Situation ergibt sich z.B. bei Fällen von häuslicher Gewalt, wenn die Betroffenen danach fragen, wenn Täter:innen nicht zum familiären Umfeld gehören oder wenn es sich um einwilligungsfähige Minderjährige handelt.

Die Polizei bietet Anonyme Opferberatungsstellen an, die von Seiten der Betroffenen in Anspruch genommen werden können, auch ohne ein laufendes Strafverfahren. Dabei wird zu folgenden Punkten beraten:

- Anzeige
- Beteiligung am Strafverfahren

- Recht auf Information
- Recht auf Schutz
- Recht auf Unterstützung
- Recht auf Entschädigung (Opferentschädigungsgesetz (OEG), zukünftig als Sozialentschädigungsgesetz als eigenes Gesetzbuch, SGB XIV)

Die Polizei hat zudem die Möglichkeit, Maßnahmen zum Schutz von Betroffenen zu treffen. „Sie kann z.B.:

- einer Person, die [ihnen] unbefugt nachstellt, untersagen, mit [ihnen] Kontakt aufzunehmen
- eine gewalttätige Person vorübergehend von einer bestimmten Örtlichkeit [z.B. Sportstätten] wegschicken (Platzverweis)
- eine gewalttätige Person für die Dauer von 10 bis zu 14 Tagen (je nach Bundesland) aus [ihrer] gemeinsamen Wohnung verweisen
- eine gewalttätige Person in Gewahrsam nehmen

Darüber hinaus macht die Polizei eine sogenannte Gefährdungslagebewertung und weist [...] ggf. auf weitere Maßnahmen [zum] Schutz hin, wie z.B., Maßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz.“²

² Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (n.d.). Recht auf Schutz. Im Internet unter: <https://www.polizei-beratung.de/opferinformationen/opferrechte/recht-auf-schutz/>, Zugriff am 17.07.2023.

Ärztliche Stellungnahme im familiengerichtlichen Verfahren – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken und Praxen

1. Hintergrund

Das Familiengericht ist nach § 1666 BGB zum Handeln in Fällen von Kindeswohlgefährdung befähigt. Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen (§ 8a Abs. 2 SGB VIII).

Nach § 158 Abs. 2 Nr. 1 FamFG bestellt das Familiengericht bei Verfahren zu Kindschaftssachen für das betroffene Kind bzw. Jugendlichen einen Verfahrensbeistand. Dieser soll das Interesse des Kindes bzw. Jugendlichen feststellen und zur Geltung bringen. Der Verfahrensbeistand bietet sachkundige Unterstützung des Kindes bzw. Jugendlichen vor, während und nach dem Verfahren.¹

Eine direkte Anrufung des Familiengerichts ist auch durch medizinisches Personal möglich, stellt aber die Ausnahme dar, z.B. wenn der Eindruck besteht, dass wichtige Aspekte aus dem heilberuflichen Bereich nicht ausreichend zur Kenntnis genommen wurden und so eine Abwendung der Gefahren ausgeblieben ist. Das Anliegen wird zunächst telefonisch geschildert und dann als ärztliche Stellungnahme an das entsprechende Familiengericht gesendet. Jeder Fall hat ein Aktenzeichen, was im Verlauf auch bei weiterer Kommunikation angeben werden sollte, um diese zu erleichtern.

Im Familiengericht werden bei Verfahren zur Kindschaftssachen u.a. folgende Aspekte geregelt (§ 151 FamFG):

- die elterliche Sorge
- das Umgangsrecht und das Recht auf Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes bzw. Jugendlichen
- die Kindesherausgabe
- die Vormundschaft
- die Pflegschaft oder die gerichtliche Bestellung einer sonstigen Vertretung für eine/n Minderjährige:n oder für ein bereits gezeugtes Kind
- die Genehmigung von freiheitsentziehender Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen

1 Weitergehende Informationen siehe: Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen (2022). Praxisleitfaden zur Anwendung kindgerechter Kriterien für das familiengerichtliche Verfahren. Im Internet unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/203942/a765c689a83ace6f964135162ba46c35/praxisleitfaden-zur-anwendung-kindgerechter-kriterien-fuer-das-familiengerichtliche-verfahren-data.pdf>, Zugriff am 17.07.2023.

2. Ablauf

Medizinische Befunde können indirekt oder direkt in ein Familiengerichtsverfahren eingebracht werden:

Indirekter Weg: Arztbriefe bzw. medizinische Befunde werden von Dritten (Erziehungsberechtigten bzw. Jugendamt oder Verfahrensbeistand mit Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten) angefordert, um diese an das Familiengericht weiterzuleiten.

Direkter Weg: Medizinisches Personal bzw. Ärzt:in wendet sich direkt an das Familiengericht oder wird vom Familiengericht angefragt.

Für beide Wege sollten medizinische Befunde als ärztliche Stellungnahme formuliert werden, sodass diese für die Adressaten (z.B. Jugendämter, Familiengericht) verständlich sind und Missverständnissen entgegenwirken. Die ausschließliche Weitergabe eines Entlassbriefs erfüllt diesen Zweck in aller Regel nicht. Folgende Punkte sind zu beachten²:

- Adressieren an den/die richtige/n Empfänger:in
- Verdeutlichung der Herkunft von Informationen
 - Wer hat wann, in welchem Kontext welche Angaben gemacht?
- Verwendung deutscher Ausdrücke mit sachlich-nüchterner Sprache
 - Befunde, Aussagen und Verhalten der beteiligten Personen sollten ausführlich, z.B. in Form von wörtlicher Rede, und objektiv dokumentiert werden. Auch scheinbar banale medizinische Sachverhalte sollten für Laien verständlich sein.
- „besondere Sorgfalt in Bezug auf die Beschreibung von Verletzungen und deren Lokalisation (rechts/links)“²
- „keine Verwendung juristischer Begriffe
 - Ob ein bestimmter Tatbestand erfüllt ist, ist eine juristische Beurteilung, die Ärzt:innen nicht zukommt. [...] Daher sollten Ärzt:innen ihre Einschätzung auf medizinische Sachverhalte begrenzen (z.B. lebensbedrohliche Verletzung, erhebliche Verletzung, Kindesmisshandlung).“²
- „keine Aussagen zu erforderlichen Maßnahmen des Familiengerichts oder zu Leistungen der Jugendhilfe (Fremdunterbringungen etc.), [soweit dies nicht explizit gefordert wird]
 - Diese „Einmischung“ steht Ärzt:innen nicht zu. Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf medizinisch-diagnostische oder (medizinisch-)therapeutische Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht zur Sicherung der kindlichen Gesundheit erforderlich sind. Gemeinsame Beschlüsse aus einer Helferkonferenz können in eine Stellungnahme aufgenommen werden, auch wenn sich diese auf geplante Maßnahmen beziehen. Sie sind dann entsprechend zu kennzeichnen.“² Einschätzungen über Entscheidungen zum Gegenstand der familiengerichtlichen Klärung (z.B. über den Kontakt von Elternteilen zu dem Kind bzw. Jugendlichen) sollten

² KKG NRW (2021). Empfehlungen für den Medizinischen Kinderschutz im Familiengerichtsverfahren. Im Internet unter: P2106093_A4_EmpfehlungenKinderschutzGerichtsverfahren.indd (kkg-nrw.de), Zugriff am 17.07.2023.a

maximal in gutachterlichen Stellungnahmen abgegeben werden, die das Familiengericht separat in Auftrag geben muss.

- besondere Sorgfalt in Bezug auf die Beschreibung von Bedarfen des Kindes bzw. Jugendlichen

Zur Schweigepflicht: s. *HLF Dokumentation Patienteninfos*

14

(Sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht – Ein Handlungsleitfaden für Kliniken

1. Hintergrund

Im Rahmen eines Strafverfahrens können Berufsgeheimnisträger:innen als (sachverständige) Zeug:innen beim Strafgericht geladen werden, wenn das Gericht davon ausgeht, dass diese Personen zur Aufklärung des Verfahrens beitragen können.

Sachverständige Zeug:innen sind Zeug:innen, die ihr Wissen von bestimmten vergangenen Tatsachen oder Zuständen bekunden, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war und die sie nur kraft dieser besonderen Sachkunde ohne Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtenauftrag wahrgenommen haben. Kennzeichnend für die sachverständigen Zeug:innen ist es, dass sie „unersetzbar“ sind, da sie (nur) von ihnen selbst wahrgenommene „vergangene“ Tatsachen bekunden (§ 414 ZPO).

Es wird also unterschieden zwischen:

- Ladung als Zeug:in
- Ladung als sachverständige/r Zeug:in
- Ladung als Sachverständige:r (Gutachtenauftrag)

2 Ablauf Gerichtstermin

2.1 Eingang einer Ladung

- Mit der Ladung wird der Gerichtstermin mitgeteilt.
- Gerichtlichen Vorladungen muss Folge geleistet werden.
- Ausnahmen gelten nur aus erheblichen Gründen (z.B. Krankheit, unaufschiebbare berufliche Termine, vor der Terminladung fest gebuchte Auslandsreisen). In einem solchen Fall muss das Gericht unverzüglich informiert werden.
- Das persönliche Erscheinen ist nicht durch Stellvertreter:innen ersetzbar.
- Für eine gerichtliche Vorladung haben die Arbeitgeber:innen die Arbeitnehmer:innen freizustellen. Die Arbeitgeber:innen sollten frühzeitig informiert werden.
- Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch für Gerichtsverhandlungen. Es bedarf einer Schweigepflichtentbindung der (sachverständigen) Zeug:innen. Dies ist Aufgabe des Gerichtes. Es empfiehlt sich von Seiten der (sachverständigen) Zeug:innen, das Gericht im Vorfeld nach dem Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung zu fragen (s. *HLF Weitergabe Patient:inneninfos*).

2.2 Vorbereitung

- Es muss geklärt werden, ob eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.
- Unterlagen wie Arztbriefe und Gedächtnisprotokolle sollten durchgearbeitet werden. Entsprechende Unterlagen können zum Gerichtstermin mitgenommen und vorgelegt werden.
- Zeug:innen dürfen zu ihrer Unterstützung einen Rechtsbeistand hinzuziehen, wenn die Gefahr besteht, sich durch ihre Aussagen selbst zu belasten.
- Zeug:innen werden die Kosten im Zusammenhang mit dem Gerichtstermin erstattet (z.B. Kosten des Verdienstausfalls, Fahrtkosten, Unterkunftskosten und Kosten einer etwaigen Kinderbetreuung).

2.3 Gerichtstermin

- Zeug:innen werden zu Beginn der Verhandlung auf ihre Wahrheitspflicht und die Folgen von Falschaussagen hingewiesen.
- Es besteht eine Aussagepflicht bei bestehender Schweigepflichtentbindung.
- Zeug:innen können ihr Zeugnisverweigerungsrecht in Anspruch nehmen aus:
 - persönlichen Gründen (§ 52 StPO); verwandt/verschwägert mit dem/der Angeklagten
 - beruflichen Gründen (§ 53 StPO); Schweigepflicht Berufsgeheimnisträger:innen:
Bei einer nicht vorliegenden Schweigepflichtentbindung können sich Berufsgeheimnisträger:innen straf- und haftbar machen nach Strafrecht (§ 203 StGB), Zivilrecht (§ 823 II BGB) und nach dem Berufsrecht (§ 9 MBO-Ä).

Sonderfall in Bezug auf die Schweigepflicht:

Offenbarungsrecht aufgrund kollidierender Rechtsgüter: Bei Gefährdung eines Rechtsgutes (z.B. Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit) der Patient:innen oder eines Dritten, das höher zu bewerten ist, als der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt:in und Patient:innen, kann der/die Ärzt:in für sich den rechtfertigenden Notstand nach § 34 StGB geltend machen.

- Es besteht ein Aussageverweigerungsrecht, wenn eine eigene Strafbarkeit möglich ist (§ 55 StPO).
- Die Aussage als Zeug:in ist nicht mit der Erstellung eines fachlichen Gutachtens gleichzusetzen. Bei weitergehenden Fragen kann das Gericht Sachverständigengutachten beauftragen.
- Die Vernehmung der Zeug:innen findet nach der Vernehmung statt.

Meldebogen zur Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung – Eine Arbeitsvorlage für Kliniken und Praxen

Name Jugendamt:

Fax-Nr.:

Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!

Datum:

Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Mitteilung beim Jugendamt erfolgt?

☐ Nein ☐ Ja, am: um: durch:

Name Jugendamt:

Kontaktperson beim Jugendamt:

Tel.:

Klinik/Praxis/Name der mitteilenden Person:

Abteilung/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Tel.:

Fax:

Mail:

Hinweise zur Erreichbarkeit der Ansprechperson:

Name des Kindes:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Geburtsdatum:

wohnhaft in (Str./Nr./PLZ/Ort):

Gegenwärtiger Aufenthalt: ☐ Adresse Melder:in ☐ Wohnort ☐ Sonstiges:

Erziehungsberechtigte:

☐ ein Elternteil alleine ☐ beide Elternteile ☐ Vormund/Pflegschaft
☐ unbekannt ☐ Sonstiges:

Nähere Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Tel.:

Tel.:

Sind die Erziehungsberechtigten über die Meldung informiert?

☐ Ja ☐ Nein

Sind die Erziehungsberechtigten mit der Meldung einverstanden?

☐ Ja ☐ Nein

Familiensituation

Anzahl der Geschwister:

Kind lebt bei: ☐ beiden Elternteilen ☐ einem Elternteil: ☐ Sonstige:**Inhalt der Meldung und Angaben zum Kind**☐ Ambulante Vorstellung am: ☐ Stationäre Aufnahme am:

Hinweis auf:

☐ Misshandlung ☐ Vernachlässigung ☐ sexuelle Gewalt ☐ Sonstiges (s.u.)**Verletzungen des Kindes:**☐ nicht oder leicht verletzt ☐ schwerwiegend verletzt ☐ vital bedrohtVoraussichtliche Dauer der stationären Versorgung: ☐ ca. ____Tage ☐ derzeit nicht absehbarEinschätzung zum **Entwicklungsstand** des Kindes:☐ unauffällig ☐ auffällig, weil:Einschätzung zum **Pflegezustand** des Kindes:☐ unauffällig ☐ auffällig, weil:**Begründung der Verdachtsdiagnose** (z.B. ärztlicher Befund, Aussagen des Kindes, der Eltern(teile), mögliche Folgen):**Sonstige Hinweise** (z.B. häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen, Suchtproblematik):**Kontakt zu den Erziehungsberechtigten** (z.B. Problemeinsicht, Bereitschaft zur Annahme von Hilfen):**Wir bitten um eine Rückmeldung gemäß § 4 Abs. 4 KKG** an die mitteilende Person.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Uhrzeit

Unterschrift/Stempel

Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in Kinder- und Jugendkliniken

1. Hintergrund

Diese Checkliste dient Kliniken als Orientierung, um Strukturen für einen gelingenden Kinderschutz in ihrer Einrichtung zu implementieren. Dabei sind Voraussetzungen für den Standort der Klinik als auch Personal-, Versorgungs- und Netzwerkstrukturen beschrieben, die aufeinander aufbauen und sich gegenseitig bedingen. Es bedarf sowohl der Schaffung von Voraussetzungen als auch eines kontinuierlichen Prozesses, um diese an die jeweiligen individuellen Strukturen der Institutionen anzupassen und weiterzuentwickeln.

2. Checkliste

	Zuständige Person	Ausstehende To-dos	✓
Zielsetzung: Standort			
In einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder Klinik für Kinderchirurgie soll eine Kinderschutzgruppe angesiedelt werden.			☐
Fakultativ: Es soll eine Kinderschutzambulanz eingerichtet werden.			☐
Zielsetzung: Personalstruktur			
Kinderschutzgruppe			
Die Kinderschutzgruppe verfügt über eine fachärztliche Leitung mit zusätzlicher fachlicher Expertise im Kinderschutz (z.B. Zertifikat Kinderschutzmediziner:in DGKiM).			☐
Der Kinderschutzgruppe gehört ein/e Psycholog:in, ein/e Sozialarbeitende:r bzw. ein/e Mitarbeiter:in aus dem Sozialdienst und ein/e Gesundheits-/Krankenpfleger:in an.			☐
Es besteht eine Vertretungsregelung für die Mitglieder der Kinderschutzgruppe.			☐
Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe bilden sich regelmäßig zum Thema Kinderschutz fort.			☐

Zielsetzung: Infrastruktur			
Räume und Ausstattung			
Es ist ein geeigneter Raum über 24 Stunden zur körperlichen Untersuchung bzw. für Gespräche mit Betroffenen und Eltern sowie Fallbesprechungen und Fallkonferenzen verfügbar.			☐
Der Untersuchungsraum/die Kinderschutzambulanz ist geeignet ausgestattet mit: • Digitalkamera und Winkellinial, ggf. Farbschema (inkl. Bedienungsanleitung), Verfahrensanweisung zur Speicherung der Foto- und Videodokumentationen			☐
• Dokumentationsmaterial bzw. digitaler Zugang für Anamneseerhebung, Körperschemata, Einwilligungserklärungen, Schweigepflichtentbindungen, Meldebogen bei gewichtigen Anhaltspunkten inklusive Rückmeldebogen für Jugendämter (sind lokal anzupassen, bestenfalls mit Jugendämtern)			☐
• Ablaufschemata und Handlungsleitfäden, die auf die Einrichtung angepasst sind			☐
• ggf. Kolposkop			☐
• ggf. Spurensicherungs-Kit für akute sexuelle Übergriffe			☐
Die Einrichtung verfügt über ein Datenschutzkonzept, u.a. ein geschützter Server zur Sicherung sensibler Patientendaten.			☐
Organisation			
Die Einrichtung hat standardisierte Abläufe im Umgang bei V.a. Kindeswohlgefährdung festgelegt.			☐
Es werden Kommunikationswege vorgehalten: • innerhalb der Kinderschutzgruppe/Kinderschutzambulanz			☐
• innerhalb der Klinik und des Krankenhauses (z.B. Notaufnahme, SPZ, Gynäkologie)			☐
• nach extern (insbesondere Jugendämter und Institute für Rechtsmedizin)			☐

Es finden regelmäßige Teamsitzungen für organisatorische Absprachen und Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten statt.			☐
Es existiert ein Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter:innen in Bezug auf die Verfahrensabläufe im Kinderschutz.			☐
Es finden regelmäßige einrichtungsinterne Fortbildungen für Mitarbeiter:innen zum Thema Kinderschutz statt.			☐
Zielsetzung: Netzwerkstruktur			
Es ist eine Überleitungssystematik von und zu anderen medizinische Einrichtungen, wie z.B. pädiatrischen Praxen, SPZ's, Frühförderstellen oder Gesundheitsämtern, mit den jeweiligen Einrichtungen abgesprochen und bestenfalls verschriftlicht.			☐
Die Verfahrensweisen bei Hilfe- und Schutzbedarf von Kindern bzw. Jugendlichen sind mindestens mit dem standortbezogenen Jugendamt, aber auch mit weiteren lokalen Jugendämtern abgestimmt, und bestenfalls anhand von Kooperationsvereinbarungen verschriftlicht.			☐
Eine Kontaktliste mit den lokalen Ansprechpartnern (z.B. Kliniken, Jugendämter, Beratungsstellen) und weiteren Stellen für die pseudonymisierte Beratung (z.B. lokale insoweit erfahrene Fachkraft (InSoFA), Medizinische Kinderschutzhotline, Kompetenzzentren) ist vorhanden.			☐
Lokale Beratungsangebote (z.B. Erziehungsberatungen) und weitere niederschwellige Hilfsangebote, die den Familien vermittelt werden können, sind bekannt.			☐
Geregelte Verfahrensweisen im Austausch mit z.B. lokalen Kindertagesstätten und Schulen sind wünschenswert.			☐

3. Weitere Ausführungen

3.1 Standort und Personalstruktur

Viele Kinder- und Jugendkliniken können auf bereits bestehende interne Strukturen (z.B. Kinderschutzgruppe) zurückgreifen. Die Benennung eines operativ verantwortlichen (ärztlichen) Mitarbeitenden ist für die Implementierung neuer Strukturen am Standort unumgänglich. Hierzu soll in jeder Klinik eine fachärztliche Leitung mit zusätzlicher Expertise im Kinderschutz (z.B. DGKiM Zertifikat Kinderschutzmediziner:in), ein/e Psycholog:in, Kranken- und Gesundheitspflegende sowie ein/e Mitarbeitende:r aus dem Sozialdienst inkl. Vertretungsregelung bestimmt werden.

Die Kinderschutzgruppe koordiniert die Versorgung innerhalb des Krankenhauses und organisiert eine multiprofessionelle Erhebung und Beurteilung von Befunden, Prognosen und Einschätzungen bezüglich des Wohls und der Gesundheit der Minderjährigen. Sie koordiniert die Kommunikation zwischen der Klinik und den zuständigen Jugendämtern und anderen Behörden und Institutionen unter Berücksichtigung des Datenschutzes.

3.2 Infrastruktur

In den Kliniken sollte mindestens ein Untersuchungsraum zur Verfügung stehen, der mindestens mit einer Digitalkamera zur Fotodokumentation inklusive Anleitung zur Bedienung und weitere Dokumentationsvorlagen für den Kinderschutz ausgestattet ist. Die Anschaffung eines Kolposkops kann z.B. auch über die Zusammenarbeit mit der (Kinder-)Gynäkologie geregelt werden, wobei eine fachliche Expertise zur kindergynäkologischen Untersuchung vorausgesetzt ist. Ein Besprechungsraum für Fallkonferenzen bzw. interdisziplinäre Fallbesprechungen muss gleichfalls festgelegt werden.

Organisatorisch stellen regelmäßige Teamsitzungen sicher, dass Rollen und Aufgaben der einzelnen Teammitglieder ebenso wie die gemeinsamen Aufgaben der Kinderschutzgruppe besprochen werden können. Wesentliche Aufgaben sind die Erarbeitung standardisierter Abläufe für die Klinik mit folgenden Zielsetzungen:

- Im Rahmen des Notfall-Versorgungskonzepts kann eine fachgerechte Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Fotodokumentation, fachgerechte Diagnostik und Schutzmaßnahmen erfolgen.
- Es erfolgt eine Einschätzung des Gefährdungsrisikos (bei Bedarf multiprofessionell und interdisziplinär) und anhand dessen werden weitere Handlungsoptionen eingeleitet.
- Es bedarf einer Etablierung von Kommunikationswegen, die eine Beratung durch die Kinderschutzgruppe innerhalb der Klinik gewährleistet.
- Die Zusammenarbeit insbesondere mit Jugendämtern erfolgt koordiniert.

3.3 Netzwerkstruktur

Die Netzwerkstruktur richtet sich nach den lokalen Gegebenheiten. Es sollten Verantwortlichkeiten in den Kinder- und Jugendkliniken für den Netzwerkaufbau und dessen Pflege benannt werden. Gleichfalls sollten Ansprechpartner:innen im Netzwerk für den Netzwerkaufbau identifiziert werden. Gemeinsame Veranstaltungen und Fortbildungen können für den Netzwerkaufbau hilfreich sein. Die Klinik sollte ihre eigenen Angebote sowie ihre Zuständigkeiten und Erreichbarkeiten innerhalb des Netzwerkes mitteilen.

Über die Ansprechpartner:innen eines Jugendamtes können Kommunikationswege für z.B. die pseudonymisierte Beratung als auch die Mitteilung gewichtiger Anhaltspunkte und eine entsprechende Rückmeldung durch die Jugendämter geklärt werden. Diese Verfahren sollten verschriftlicht werden. Zusätzlich kann eine Kooperationsvereinbarung regeln, dass die Kooperationspartner einen regelmäßigen Austausch pflegen und sich untereinander in Bezug auf Zuständigkeiten, Erreichbarkeiten und Vorgehensweisen zum Kinderschutz am Standort abstimmen.

Die Erreichbarkeit und Zuständigkeiten von Kooperationspartnern (z.B. Jugendämter, Strafverfolgungsbehörden) als auch von anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. SPZs, Frühförderstellen, Gesundheitsämter und lokale pädiatrische Praxen) und lokalen Hilfs- und Beratungsangeboten empfiehlt sich, in Kontaktlisten festzuhalten.

10

Checkliste: Strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz in pädiatrischen Praxen

1. Hintergrund

Diese Checkliste dient pädiatrischen Praxen als Orientierung, um Strukturen für einen gelingenden Kinderschutz in ihrer Einrichtung einzurichten. Dabei sind Voraussetzungen innerhalb der pädiatrischen Praxis als auch Personal-, Versorgungs- und Netzwerkstrukturen beschrieben, die aufeinander aufbauen und sich gegenseitig bedingen. Es ist ein Prozess, der an die jeweiligen individuellen Strukturen der Praxis angepasst wird und das Vorhandensein und Nicht-Vorhandensein vor Ort, wie z.B. Kinderschutzambulanzen berücksichtigt.

Innerhalb der pädiatrischen Praxen bedarf es mindestens einem/r Fachärzt:in für Kinder- und Jugendheilkunde, der/die die grundsätzliche Bereitschaft hat, sich mit der Thematik Kinderschutz zu befassen. Weiterhin muss eine generelle Bereitschaft bestehen, sich auch mit anderen Netzwerkpartnern (Jugendämter, andere Ärzt:innen/Therapeut:innen, aber auch KiTa, Schule, etc.) auseinanderzusetzen.

2. Checkliste

	Zuständige Person	Ausstehende To-dos	✓
Zielsetzung: Standort			
In der pädiatrischen Praxis sollen strukturelle Voraussetzungen für den medizinischen Kinderschutz geschaffen werden.			☐
Es soll ein/e zuständige Ärzt:in benannt werden, der/die innerhalb der Praxis für die Thematik des Kinderschutzes verantwortlich ist.			☐
Zielsetzung: Personalstruktur			
Ärzt:in			
Es bestehen Fachkenntnisse zum Kinderschutz, insbesondere zu: • Rechtliche Grundlagen, u.a. Kenntnisse zu Verfahrensweisen und Datenschutz-Voraussetzungen der lokalen Behörden (z.B. Gesundheitsamt, Jugendamt, Schulen, Polizei)			☐

• (frühzeitige) Erkennung von Anhaltspunkten für Misshandlung, Vernachlässigung und/oder sexuelle Gewalt, objektive Erfassung und Einschätzung (Risikoeinschätzung), u.a. Ansprechen von Hinweisen für eine zukünftige Gefährdung des Kindes ohne körperliche Befunde (Risikokonstellationen bei familiärer Belastung wie z.B. psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, häusliche Gewalt, Partnerschaftskonflikte, sozioökonomische Belastungen)			☐
• Kenntnisse über das Einleiten von Hilfen			☐
Die eigene fachliche pseudonymisierten Beratung wird in Anspruch genommen (z.B. lokale insoweit erfahrene Fachkräfte (InSoFas), Medizinische Kinderschutzhotline, Kliniken mit Kinderschutzgruppe, Kompetenzzentren), sodass ein 4-Augen-Prinzip im Bedarfsfall erfüllt wird.			☐
MFA (fakultativ)			
Es gibt eine für den Kinderschutz zuständige MFA in der pädiatrischen Praxis.			☐
Die/der MFA sollte sich mit den Kinderschutzthemen auseinandersetzen und sich entsprechend fortbilden.			☐
Diese/r kennt die Abläufe und unterstützt die Ärzt:innen bei Kinderschutzfällen.			☐
Zielsetzung: Infrastruktur			
Ausstattung und Organisation			
Die pädiatrische Praxis verfügt über eine geeignete Ausstattung mit: • Digitalkamera und Winkellinial, ggf. Farbschema (inkl. Bedienungsanleitung), ggf. Verfahrensanweisung zur Speicherung der Foto- und Videodokumentationen			☐
• Dokumentationsmaterial wie Körperschemata, Einwilligungserklärungen, Schweigepflichtentbindungen			☐
• Meldebogen bei gewichtigen Anhaltspunkten an Jugendämter (inklusive der Bitte um Rückmeldung seitens der Jugendämter)			☐

Die pädiatrische Praxis hat Verfahrensabläufe für den Umgang mit V.a. Kindeswohlgefährdung festgelegt, die Absprachen mit den lokalen Jugendämtern berücksichtigen.			☐
Eine Kontaktliste mit den lokalen Ansprechpartnern (z.B. Kliniken, Jugendämter, Beratungsstellen) und weiteren Stellen für die pseudonymisierte Beratung (z.B. InSoFa, Medizinische Kinderschutzhotline, Kompetenzzentren) sind vorhanden.			☐
Adressen für lokale niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote liegen vor.			☐
Zielsetzung: Netzwerkstruktur			
Es ist eine Überleitungssystematik zu kompetenten medizinischen Anlaufstellen (z.B. Gewaltschutzambulanzen, Kinderschutzambulanzen, Kliniken mit Kinderschutzgruppe, SPZs, Frühförderstellen) bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung mit den jeweiligen Einrichtungen abgesprochen.			☐
Eine feste Ansprechperson in den Jugendämtern des Einzugsgebietes der pädiatrischen Praxis ist wünschenswert.			☐
Die Verfahrensweisen in Bezug auf Hilfe- und Schutzmaßnahmen von Seiten der Jugendämter im Einzugsgebiet der pädiatrischen Praxis sind bekannt.			☐
Lokale Beratungsangebote (z.B. Erziehungsberatungen) und weitere niederschwellige Hilfsangebote, die den Familien vermittelt werden können, sind bekannt.			☐
Geregelte Verfahrensweisen im Austausch mit z.B. lokalen Kindertagesstätten und Schulen sind wünschenswert.			☐

Über den QR-Code ist eine digitale
Version des Handbuches einsehbar.

