

Kinderschutz LEITLINIE

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

06.09.2018

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Die Leitlinie ist allen Kindern und Jugendlichen gewidmet.

Inhalt

	Vorwort	3
■	Kindeswohlgefährdung (KWG)	4
■	Kooperation und Beratung	5
■	Partizipation von Kindern und Jugendlichen	7
■	Belastungen und Unterstützungsbedarf	8
■	Screening von Kindern und Jugendlichen in der Notaufnahme	16
■	Kinderfrüherkennungsuntersuchung	16
■	Neonatales Drogenentzugssyndrom	17
■	Zahnärztliche Untersuchung	19
■	Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	21
■	Emotionale Vernachlässigung/Misshandlung	22
■	Diagnostik	25
	Vorgehen im Krankenhaus (OPS 1-945)	25
	Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen	26
	Körperliche Misshandlung	29
	Sexueller Missbrauch	50
■	Geschwisterkinder	59
■	Interventionen für Eltern*	60
	Informationen zur Leitlinie	62
	Danksagung	64

*Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen

Die Kurzfassung beinhaltet ausschließlich die Handlungsempfehlungen der Langfassung der Leitlinie, geordnet nach Themenbereichen. Die Numerierung der Handlungsempfehlungen sind entsprechend der Langfassung beibehalten.

Die Langfassung finden Sie unter:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>

Vorwort

Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie zur Erkennung, Feststellung und Sicherung von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und sexuellem Missbrauch und zum Schutz vor Reviktimisierung wurde 2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch getroffen. An der Entwicklung waren 82 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesministerien und Bundesbeauftragten beteiligt.

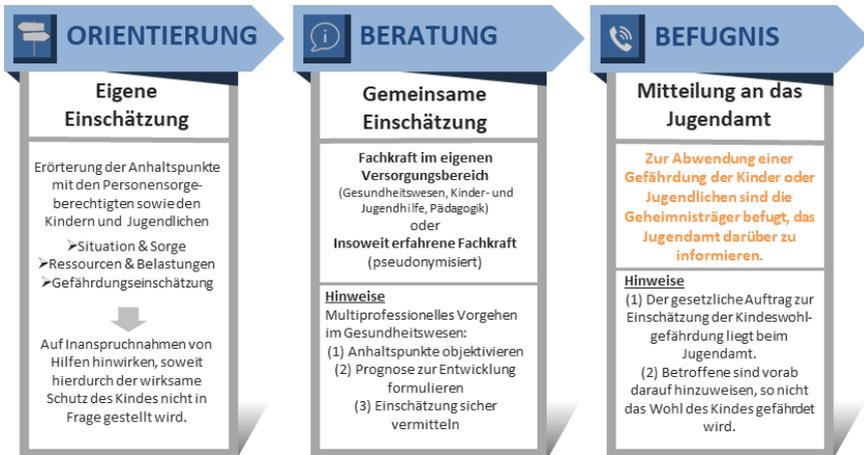
Die Kinderschutzleitlinie beinhaltet Handlungsempfehlungen zum Schutz und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen. Alle Fachkräfte aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe und Pädagogik sollen sowohl für das Erkennen und den Umgang mit einer Kindesmisshandlung, -vernachlässigung oder einem sexuellen Missbrauch als auch für die Vermittlung von Unterstützungen bei Bedarfen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sensibilisiert und unterstützt werden. Eine rechtliche Grundlage ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG).

Alle Handlungsempfehlungen setzen das Einverständnis der Betroffenen voraus. Das Einverständnis erfolgt durch die einwilligungsfähigen Minderjährigen oder die Personensorgeberechtigten.

KRITERIEN ZUR BEURTEILUNG DER EINWILLIGUNGSFÄHIGKEIT LOHSE ET AL. 2018		
EINSICHT	URTEIL	STEUERUNG
Die Art, Bedeutung, Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahme zu verstehen.	Den Nutzen und die Risiken der medizinischen Maßnahme abzuwägen und eine willensbasierte, eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen.	Sein Handeln entsprechend dieser Einsicht zu steuern.

Kindeswohlgefährdung (KWG)

15. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung **soll** nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.



Eine wichtige Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz, insbesondere die Befugnisnorm zur Mitteilung einer Gefährdung an das Jugendamt (§ 4 KKG).

Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung

ist das alleinige oder in Kombination auftretende Vorkommen von: Körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, körperlicher Vernachlässigung, emotionaler Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch von Kindern im Alter von 0 bis 18 Jahren.

Fachkräfte sollen bei jedem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung einen Ablaufplan berücksichtigen. Ein wichtiger Teil ist die Dokumentation aller Offenbarungen, Aussagen Dritter, beobachtete Situationen, Gespräche, erhobene Befunde und die sich daraus ergebenden Einschätzungen für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen.



¹Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen

Eine **Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 1666 I 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 FamRZ 1956, 351; BGH 23.11.2016 – XII ZB 149/16

Kooperation und Beratung

- 12.** Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **sollten** im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. [§3 KKG](#)).
- 13.** Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **sollte** stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, **sollte*** dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden.
Training und Seminare **sollten** als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.
- 14.** Die Kooperationspartner aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **sollen** Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren.

Kooperation auf lokaler Systemebene (Netzwerkarbeit) ist von entscheidender Bedeutung für die individuelle fallbezogene Versorgung von Kindern und

Jugendlichen mit Verdacht auf eine Gefährdung. Fachkräfte, die in der alltäglichen Kinderschutzarbeit tätig sind, sollten ihre Partner_innen kennen und wissen, wann und wie sie mit ihnen zusammenarbeiten können. Diese Zusammenarbeit unterliegt einem beständigen Verbesserungsprozess.



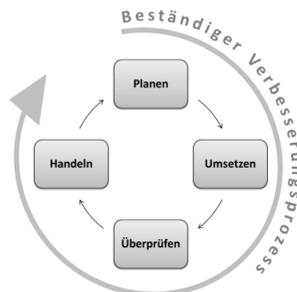
Gemeinsame Aufgabe ist die Perspektivklärung für Kinder und Jugendliche unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen und Belastungen durch die beteiligten Fachkräfte.

Eine multiprofessionelle Betrachtung ist häufig notwendig und hilfreich, um eine Einschätzung zur Entwicklungsprognose der Kinder und Jugendlichen geben zu können.

- FACHKRÄFTE** = **Geheimnisträger** des §4 KKG
- OBJEKTIV** → Anhaltspunkte für eine KWG objektiv beurteilen
- PROGNOSE** → Prognose zur **Entwicklung** der Kinder & Jugendlichen stellen
- MITTEILUNG** → Anhaltspunkte & Prognose **sicher** vermitteln

Faktoren guter Zusammenarbeit

- Informationsaustausch und Zusammenarbeit absprechen, einvernehmlich regeln und regelmäßig überprüfen
- Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren
- Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen
- Strukturelle Verankerung von Netzwerkarbeit (z.B. Arbeitskreise)
- Unabhängige Koordinierungs- und Screeningstelle (Kinderschutzfachstelle sowohl für die Jugendhilfe als auch für das Gesundheitswesen)
- Transparenz im Handeln und in den Entscheidungsprozessen schaffen
- Klare Verantwortungsstrukturen schaffen
- Bereitstellung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen



Handlungskonzepte werden gemeinsam entwickelt, angewendet, evaluiert und angepasst (Demingkreis).

Beratungsangebote für

Fachkräfte

- Fachliche Beratung durch eine insoweit erfahrenen Fachkraft nach § 4 II KKG, § 8b I SGB VIII → beim Jugendamt der Stadt oder Gemeinde regional erfragen
- [Ansprechpartner der Kinderschutzgruppen](#) in Deutschland sind auf der Homepage der DGKiM gelistet → <https://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>
- Medizinische Kinderschutzhotline → 0800 19 210 00

Kinder und Jugendliche

- Hilfe am Telefon (kostenlos und anonym)

Kinder- und Jugendtelefon

→ 116 111

Hilfetelefon Sexueller Missbrauch

→ 0800 22 55 530

Eltern

- Frühe Hilfen sind Angebote für Eltern von Kindern von null bis drei Jahren in schwierigen Situationen. Fachkräfte in den Anlaufstellen vermitteln Müttern und Vätern die Hilfen, die sie brauchen. Die Angebote der Frühen Hilfen sind organisiert in Netzwerken → <https://www.elternsein.info/suche-fruehe-hilfen/>
- Die Beraterinnen und Berater am Elterntelefon der „Nummer gegen Kummer“ und in der bke-Onlineberatung für Eltern behandeln alle Informationen vertraulich. Namen oder persönliche Daten werden nicht erfragt oder gespeichert. Die Beratung ist kostenlos.

Elterntelefon

0800 111 0 550

Onlineberatung für Eltern

www.bke-elternberatung.de

Partizipation von Kindern und Jugendlichen

1. Kinder und Jugendliche **sollen** beteiligt werden. [Zu dieser HE finden sich Ergänzungen in der Langfassung.]

2. Fachkräfte **sollen** Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den_die Jugendliche_n treffen.

3. Kinder und Jugendliche **sollen** die Möglichkeit bekommen, ihre Gefühle, Meinungen oder Wünsche in Bezug auf eine Behandlung, Unterbringung, polizeiliche Anzeige und darauf, welche nächsten Schritte während des Kinderschutzverfahrens auftreten, zu äußern.

4. Falls den Wünschen oder Forderungen der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren nicht nachgekommen werden kann, **sollen** ihnen die Gründe dafür verständlich erläutert werden.

5. Fachkräfte **sollen** mit Kindern und Jugendlichen auch einzeln, ohne die Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen, sprechen.

6. Fachkräfte **sollen** Kindern und Jugendlichen die Inhalte des Kinderschutzverfahrens angemessen erklären, unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und der Situation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden.

7. Kindern und Jugendlichen **soll** die (zeitweilige) Teilnahme an der Fallkonferenz* ermöglicht werden; falls sie nicht teilnehmen möchten, **soll** ihnen angeboten werden, sich durch eine andere Person (z.B. Bezugspersonen, Fachkräfte) vertreten zu lassen.

8. In der Fallkonferenz* **sollen** Kinder und Jugendliche unterstützt werden, das Kinderschutzverfahren und dessen Ziele zu verstehen.

*Die Fallkonferenz findet im Rahmen der OPS 1-945 unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie eines Vertreters der Jugendhilfe und zumeist des_r Personensorgeberechtigten im Krankenhaus statt. Die Konferenz dauert mindestens 30 Minuten und hat die Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes zum Ziel.

9. Eine gute Beziehung zu den Fachkräften ist wichtig für die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren. Die Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu den Fachkräften **sollte** daher kontinuierlich, organisiert und mit der erforderlichen Zeit aufgebaut werden.

10. Der Wunsch von Kindern und Jugendlichen, nicht in das Elternhaus zurückkehren zu wollen, **soll** im Kinderschutzverfahren respektiert und umgesetzt werden.

Fachkräfte, die von diesem Wunsch erfahren, **sollen** die Kinder und Jugendlichen in der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterstützen.

11. Jugendliche, die eine Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung erfahren haben, **sollen** die Möglichkeit bekommen, an einer Intervention (Nähe und Distanz zu potenziellen Tätern_innen einschätzen lernen) teilzunehmen, um sich vor Reviktimisierung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung zu schützen.



Einstellung

- Lösungswege gemeinsam finden
- aktiv zuhören
- Situation erklären
- Versprechungen einhalten

Freiwilligkeit

Partizipation findet freiwillig statt.

Zugang

zu Kindern und Jugendlichen finden

Gespräch

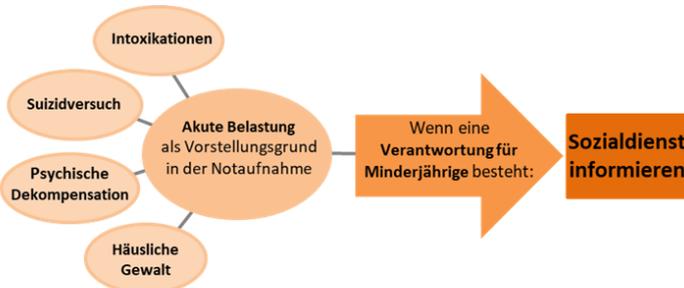
suchen und anbieten

Belastungen und Unterstützungsbedarf

56. Bei der Vorstellung Erwachsener in Notaufnahmen aufgrund von häuslicher Gewalt und/oder eines Suizidversuches oder einer psychischen Dekompensation und/oder einer Substanzintoxikation **soll** als Screening gefragt werden, ob der_ die Patient_in die Verantwortung für eine_ einen Minderjährige_n trägt, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen. In diesem Fall **soll** der Sozialdienst der Klinik informiert werden.

AUSGANGSSITUATION:

ERWACHSENE IN DER NOTAUFNAHME

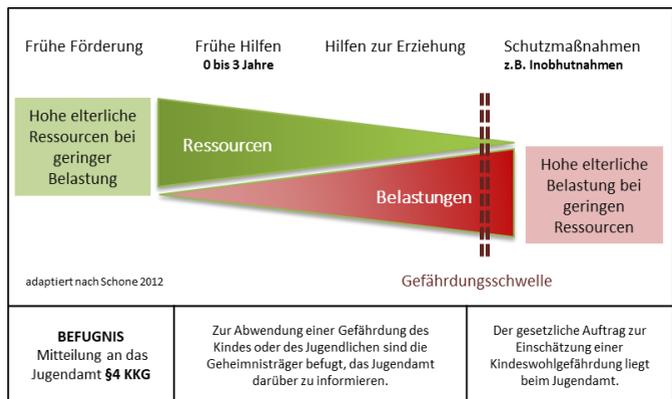


Positiver Vorhersagewert
für das Erkennen einer Kindeswohlgefährdung durch ein Screening in der Notaufnahme
Sittig et al. 2015, Diderich et al. 2014

Kinder	Erwachsene
0,03	0,91

Belastungen bei Kindern und ihren Familien können im Gesundheitswesen erkannt werden. Entsprechende Hilfen und Unterstützungen können anhand der vorhandenen **Ressourcen** angeboten und vermittelt werden.

Die Beratung über und die Vermittlung von weitergehenden Angeboten basiert auf der Freiwilligkeit der Personensorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen, auch wenn aus fachlicher Sicht die Notwendigkeit einer Intervention dringend angezeigt scheint.



Bestehen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung kann die Fachkraft aufgrund der Befugnisnorm des §4 KKG das Jugendamt darüber informieren.

Frühzeitigen Unterstützungsbedarf erkennen

Weltweit wird angenommen, dass die frühzeitige Erkennung von Familien mit Bedürfnissen, die Unterstützung, Hilfe oder Intervention benötigen, den Schaden für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern verringern oder verhindern kann und einen erheblichen wirtschaftlichen Nutzen hat. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Centre for Disease Control (CDC) können einige Faktoren herausgestellt werden, die das Risiko einer Misshandlung oder Vernachlässigung bei Kindern und Jugendlichen erhöhen. Die WHO sowie das CDC bezeichnen diese Faktoren als Risikofaktoren. Diese Leitlinie hat sich für die neutralere Bezeichnung Belastungsfaktoren entschieden.

Bei der Einschätzung des Wohles von Kindern und Jugendlichen helfen personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren. Zu den Umweltfaktoren mit negativem Einfluss gehören Häusliche Gewalt, Suchterkrankungen und psychische Belastungen der Eltern.

AUSGANGSSITUATION:

KONTAKT ZWISCHEN PATIENT_IN UND GESUNDHEITSDIENSTLEISTENDEN

ERÖRTERUNG

der belastenden Situation, insbesondere von:

- **Psychischen Belastungen**
- **Suchterkrankungen**
- **Häuslicher Gewalt.**

AUSTAUSCH

der Fachkräften untereinander **im Einvernehmen** mit der_m Patient_in_en.



GESPRÄCH

„Wie ist Ihr **Wohlbefinden?**“
oder
„Sind Sie **schwanger**, bzw.
sind Sie für **Minderjährige**
verantwortlich?“

BERATUNG

Zugang zu Hilfen aufzeigen,
um **Gesundheit und**
Wohlergehen für Frau und
Kind zu fördern.

PLANEN

des weiteren Vorgehens
unter Berücksichtigung der:

- Bedürfnisse des Kindes
- Stärken & Schwächen der_s Patient_in_en
- Unterstützungsangebote

Schwangerschaft

42. Alle Frauen **sollen** während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistende* oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.

*z.B. Frauenarzt_ärztin, Geburtshelfer_in, Hebamme, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger_in, Pädiater_in, psychosozialer Dienst oder andere in der Geburts- und Frauenheilkunde erfahrene Person

43. Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe Nr. 42) **soll** mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.

44. Bei Hinweise auf Belastungen **soll** in einem persönlichen Gespräch der konkrete Unterstützungs- und Hilfebedarf abgeklärt werden. Die Einschätzung zur Feststellung des Bedarfes erfordert Erfahrung und fachkundiges, einfühlsames Beurteilen der Umstände.

45. Bei erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf **soll** der Frau/Familie entsprechende Unterstützung angeboten werden, die sowohl individuelle Problematiken/Bedürfnisse als auch Stärken der Frau/Familie berücksichtigt.

Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen sind Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.

46. Frauen mit Hinweisen auf eine postpartale Depression **soll** eine leitliniengerechte* Intervention angeboten werden.

*Für weitere Informationen verweisen wir auf die S3-Leitlinie Unipolare Depression – Nationale Versorgungsleitlinie.

47. Frauen **sollten** durch Fachkräfte ab dem Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest bis 24 Monate nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld gefragt werden.

Bei Hinweisen auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch den Partner oder andere Personen im sozialen Umfeld der Frau **sollte** ihnen der Zugang zu entsprechenden Hilfen ermöglicht werden.

AUSGANGSSITUATION:

SCHWANGERE ▪ WÖCHNERIN ▪ FRAU MIT KLEINKIND

Einschätzungsfragebogen

zur Erkennung eines Unterstützungsbedarfs
bei z.B.



Mütterliche Faktoren

- sozioökonomische Nachteile
- junges Alter
- postpartale Depression
- eigene Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Vergangenheit



Psychosoziale Faktoren

- finanzieller Stress
- aktuell belastende Lebenserfahrungen
- fehlende soziale Unterstützung
- psychische Erkrankungen
- Drogenkonsum
- Beteiligung an kriminellen Aktivitäten



Familiäre Faktoren

- Häusliche Gewalt
- Probleme in der partnerschaftlichen Beziehung
- mangelndes Verständnis der Eltern für die Bedürfnisse, Entwicklungen und Fähigkeiten ihrer Kinder
- Erziehungsstress & Bindungsproblematik zwischen Eltern und Kindern

Persönliches Gespräch

individuelle
Problematiken &
Bedürfnisse



Stärken

Angebote vermitteln

Kinder- und Jugendhilfe

Gesundheitswesen

Hinweise:

- Übersicht zu Belastungsfaktoren und Ressourcen finden Sie unter [CDC](#) und [WHO](#).
- Die Erhebung geschieht möglichst in Abwesenheit des_r Lebenspartners_in.

Schwangerschaft & Psychische Gesundheit

48. Gesundheitsdienstleistende **sollten** mit der psychisch kranken oder psychisch belasteten Schwangeren und nach Einwilligung der Frau miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten. Die Gesundheitsdienstleistenden **sollten** miteinander kommunizieren und Zugang zu Hilfen aufzeigen, um Gesundheit und Wohlergehen für Frau und Kind zu fördern.

49. Alle Schwangeren und Mütter von Kindern < 24 Monate **sollten** bei jedem Arztbesuch nach ihrem psychischen Wohlbefinden und ihrer psychischen Gesundheit gefragt werden.

Anschließend **sollte** bei belasteten Schwangeren und Müttern von Kindern < 24 Monate entsprechend Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

50. Alle Psychiater_innen und Psychotherapeuten_innen **sollten**:

- ihre weiblichen Patienten nach einer bestehenden Schwangerschaft
- alle Patienten nach ihrer Verantwortung für ein Kind fragen.

Besteht bei zutreffenden Patienten_innen eine Belastung, **sollte** entsprechend der Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

51. Frauenärzte_innen und Hebammen **sollten** Schwangere und Wöchnerinnen nach

- vorheriger oder aktueller psychischer Erkrankung
- vorheriger oder aktueller ambulanter und/oder stationärer Behandlung durch einen Gesundheitsdienst, der auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist
- perinatalen psychischen Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades fragen.

Besteht bei zutreffenden Patientinnen eine Belastung, **sollte** entsprechend der Handlungsempfehlung Nr. 48 verfahren werden.

52. Das Kind (einer) psychisch belasteter Personensorgeberechtigter/Bezugsperson **sollte** bei allen die Personensorgeberechtigten/Bezugsperson betreffenden Maßnahmen (Assessment, Versorgung, Behandlung) berücksichtigt werden.

AUSGANGSSITUATION:

PSYCHISCHE BELASTUNG & SCHWANGERSCHAFT

FRAGEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

- vorherige oder aktuelle psychische Erkrankung, bzw. Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankungen
- Perinatale psychische Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades.

AUSTAUSCH

der Fachkräften untereinander **im Einvernehmen** mit der Patientin.



GESPRÄCH

„Wie ist Ihr Wohlbefinden?“
oder
„Sind Sie schwanger, bzw.
sind Sie für Minderjährige
verantwortlich?“

BERATUNG

Zugang zu Hilfen aufzeigen,
um Gesundheit und
Wohlergehen für Frau und
Kind zu fördern.

PLANEN

des weiteren Vorgehens
unter Berücksichtigung der:

- Bedürfnisse des Kindes
- Stärken & Schwächen der Patientin
- Unterstützungsangebote

Suchtbelastungen

53. Bei Verdacht auf eine Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen **sollte** Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrem eigenen Wohlbefinden zu äußern; dabei **sollte** die Thematik Suchterkrankung offen angesprochen werden.

„DAS TABU BRECHEN.“

THEMATISIERUNG

„Wohlbefinden des Kindes?“

- Suchterkrankung der Eltern*



GESPRÄCH

Fachkraft ↔
Kind/Jugendliche bei
Eltern* mit Verdacht auf
eine Suchterkrankung

*Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt von Kindern und Jugendlichen lebt.

54. Bei gesicherter Suchterkrankung der Personensorgeberechtigten* **sollen** Fachkräfte, Kinder und Jugendliche und/oder die suchtkranke Person begleiten, mögliche Anhaltspunkte wie Risikofaktoren (z.B. Häusliche Gewalt, Delinquenz, Armut oder fehlende elterliche Sorge) und/oder Komorbiditäten (z.B. weitere psychische Erkrankungen) erfassen, dokumentieren und bewerten.

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

*Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt der Kinder und Jugendlichen lebt.

55. Bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Personensorgeberechtigten* **sollten** geplante und eingeleitete Maßnahmen mit den Familien und allen Fallbeteiligten besprochen werden, um durch adäquate Hilfemaßnahmen für Kinder und Jugendliche, den die Suchtkranke_n und die Familie eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu vermeiden oder zu beenden.

Dies betrifft Absprachen zu (Verlaufs-)Ergebnissen von:

- Einschätzungen des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen, Suchtkranken und der gesamten Familie
- Bewertung des Wohles von Kindern und Jugendlichen bzw. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung
- Therapien der Kinder und Jugendlichen und/oder Personensorgeberechtigten¹ (inklusive Barrieren und Motivatoren)
- Gerichtsverfahren (z.B. Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht)

entsprechend eingeleitete Maßnahmen.

*Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt der Kinder und Jugendlichen lebt.

AUSGANGSSITUATION:

BEGLEITUNG DER KINDER/JUGENDLICHEN UND DEREN FAMILIEN BEI GESICHERTER SUCHTERKRANKUNG EINES ELTERNTEILS*

ERÖRTERUNG

der Situation, insbesondere in Bezug auf die **aktuelle und zukünftige Entwicklung des Kindes** (§4 KKG).

AUSTAUSCH

- Austausch der Fachkräften untereinander **im Einvernehmen** mit der_m Patientin_en.
- Befugnis zur Mitteilung an das Jugendamt bei KWG (§4 KKG)



BEGLEITUMSTÄNDE

erfassen ► dokumentieren
► bewerten

z.B. Häusliche Gewalt, Delinquenz, Armut, fehlende elterliche Sorge und Komorbiditäten

BERATUNG

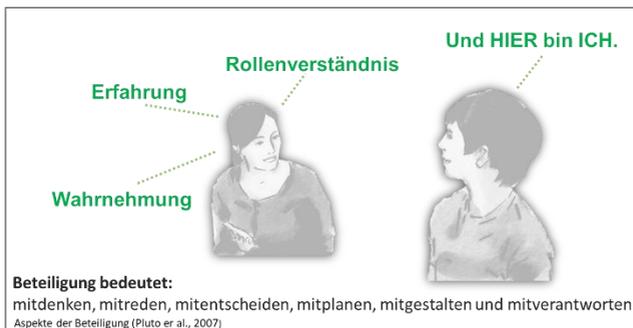
- zur Einschätzung einer Gefährdung durch eine andere Fachkraft (§4 KKG).
- um Zugang zu Hilfen aufzeigen und das Wohlergehen des Kindes zu fördern.

PLANEN

Abgabe aller Beteiligten in Bezug auf Maßnahmen und deren Verläufe und Einschätzungen zu:

- Hilfebedarf
- KWG
- Therapien
- Gerichtsverfahren

*Neben den Personensorgeberechtigten kann es sich hier auch um eine Bezugsperson handeln, die im gleichen Haushalt von Kindern und Jugendlichen lebt.



Beteiligung bedeutet:

mitdenken, mitreden, mitentscheiden, mitplanen, mitgestalten und mitverantworten

Aspekte der Beteiligung (Pluto et al., 2007)

Screening von Kindern und Jugendlichen in der Notaufnahme

20. Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **soll** nicht durchgeführt werden.

KEINE Durchführung eines generellen Screenings für Kinder und Jugendliche in der Notaufnahme!										
Jedoch gezielte JA/Nein-Fragen bei misshandlungsverdächtigen Verletzungen (insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern).										
???	1. Ist die Verletzung mit der Entwicklung und dem Alter des Kindes, bezogen auf die Anamnese plausibel? 2. Hat eine verspätete Vorstellung eine zufriedenstellende Erklärung? 3. Ist die Anamnese bei Wiederholung ohne Widerspruch? 4. Liegt eine angemessene Interaktion bei Eltern* und Kind vor? 5. Ergriffen die Eltern* adäquate Maßnahmen? (Gesonderte Fragen siehe Diagnostik)	<table border="1"> <tr> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> <tr> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> <tr> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> <tr> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> </table>	JA	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN	JA	NEIN
JA	NEIN									
JA	NEIN									
JA	NEIN									
JA	NEIN									
Misshandlungsverdächtige Verletzung + 1 x NEIN → ABKLÄRUNG										

Kinderfrüherkennungsuntersuchung

18. Die Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft **sollte** (mit Einwilligung der Personensorgeberechtigten/Bezugsperson) bei der ausführlichen Anamnese* zur Feststellung einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung berücksichtigt werden.

*siehe Definition unten

19. Ärzte und Ärztinnen (einschließlich ihrer Mitarbeitenden), die Früherkennungsuntersuchungen und andere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche durchführen, **sollen** zur Erkennung von Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sensibilisiert und fortgebildet werden.

Vorsorgeuntersuchungen werden in der (Kinderarzt-)Praxis durchgeführt

→ Sensibilisierung und Fortbildung der Mitarbeitenden und Ärzte_innen in der Praxis
 → Vorsorgeheft für die ausführliche Anamnese* nutzen!
 (im Einvernehmen mit den Personensorgeberechtigten)

Die ***ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

Neonatales Drogenentzugssyndrom

- 35.** Gesundheitseinrichtungen mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Versorgung **sollten** ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms vorhalten und anwenden. Das neonatale Drogenentzugssyndrom **sollte** mithilfe geeigneter Messinstrumente beurteilt werden.
- 36.** Neugeborene, die in der Schwangerschaft dauerhaft Opioiden ausgesetzt waren, **sollen** stationär aufgenommen und auf ein neonatales Drogenentzugssyndrom geprüft werden, unabhängig davon, welches Opioid in welcher Dosierung von der Mutter eingenommen wurde.
- 37.** Neugeborene, die in der Schwangerschaft Opioiden und/oder Amphetaminen ausgesetzt waren, **sollten** mindestens vier bis sieben Tage nach der Geburt stationär mithilfe geeigneter Messinstrumente überwacht werden.
- 38.** Ein einzelner Spitzenwert bei der Messung mit einem Screeninginstrument **soll** nicht als alleiniger Parameter zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom führen.
- 39.** Eine Kurzversion des modifizierten Finnegan-Score **kann** bei Neugeborenen ohne schweren Krankheitsverlauf genutzt werden, um das neonatale Drogenentzugssyndrom zu diagnostizieren.
- 40.** Neben validierten Messinstrumenten **kann** die Messung der Beinbewegung des Neugeborenen unterstützend zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom beitragen.
Die Messung **kann** über einen gewöhnlichen Aktivitätssensor erfolgen, der am Bein des Neugeborenen befestigt wird.
- 41.** Das strukturierte Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms **sollte** unter anderem ein strukturiertes Besuchs- und Interaktionsprotokoll und ein multiprofessionelles Vorgehen, einschließlich einer Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen, enthalten.

VORGEHEN:

NEONATALES DROGENENTZUGSSYNDROM (NAS),

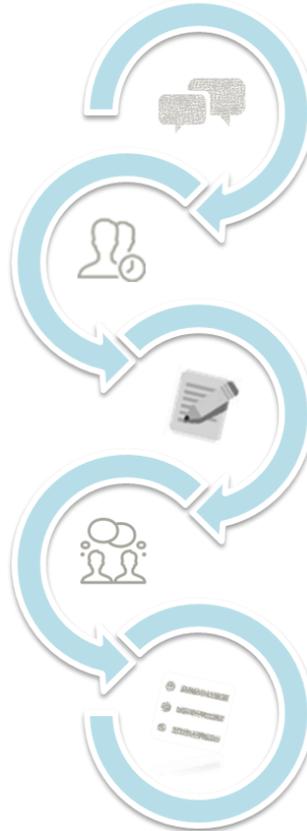
BZW. WISSEN UM EINE DROGENKONSUMIERENDE SCHWANGERE/MUTTER

BERATUNG

➔ stationäre Aufnahme in Einrichtung mit strukturiertem Vorgehen bei NAS

ERÖRTERUNG

multiprofessionelles Vorgehen



GESPRÄCH

mit der Schwangeren

➔ stationäre Aufnahme des Neugeborenen bis zu 7 Tagen nach der Geburt, wenn es in der Schwangerschaft Opioiden/Amphetaminen ausgesetzt war

DOKUMENTATION

- Nutzen eines Messinstrumentes zur Diagnose von NAS, das von geschulten Fachkräften eingesetzt wird
- Nutzen eines strukturierten Besuchs- und Interaktionsprotokolls

PLANEN

abschließende Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen

ZIELE sind frühzeitige(s):

- Einleiten notwendiger Maßnahmen für das Neugeborene bei Bekanntwerden eines Drogenkonsums einer Schwangeren
- Erkennen von Behandlungsnotwendigkeit Neugeborener drogenkonsumierender Mütter
- Beratung und Vermittlung von Unterstützungsangeboten

Zahnärztliche Untersuchung

30. Zahnärzte_innen sollen* bei Kindern oder Jugendlichen mit Karies vor der Verdachtsdiagnose (dentale) Vernachlässigung und nach Ausschluss von Differentialdiagnosen für Zahnhartsubstanzdefekte mehrere Faktoren mit dem Kind oder dem der Jugendliche_n und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen besprechen:

- Beeinträchtigung durch die Karies,
- Dauer und Ausprägung der Karies,
- Kenntnis und Bewusstsein der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen in Bezug auf Mundgesundheit[#],
- die Bereitschaft und Fähigkeit zur zahnärztlichen Behandlung der Kinder und Jugendlichen,
- Verfügbarkeiten der und Bereitschaft zur zahnärztlichen Versorgung.

Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose Vernachlässigung führen.

31. Wurden Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen über die Art und das Ausmaß der (kariösen) Erkrankungen ihres Kindes, den Nutzen einer Behandlung, die spezifischen Behandlungsoptionen und den Zugang zu diesen Behandlungsoptionen zur Abwendung von weiterführenden Schäden informiert und enthalten sie ihren Kindern eine indikationsgerechte zahnärztliche Behandlung und/oder erforderliche Unterstützung bei der Mundhygiene vor, ist dies ein gewichtiger Anhaltspunkt für eine Vernachlässigung.

32. Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung sollten* Zahnärzte_innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten.

33. Zahnärzte_innen sollen* bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

34. Jede orale Verletzung sollte* genau dokumentiert werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, sollte* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden.

Ärzte_innen oder/und Zahnärzte_innen sollten* bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die strukturierte medizinische Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) einleiten und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

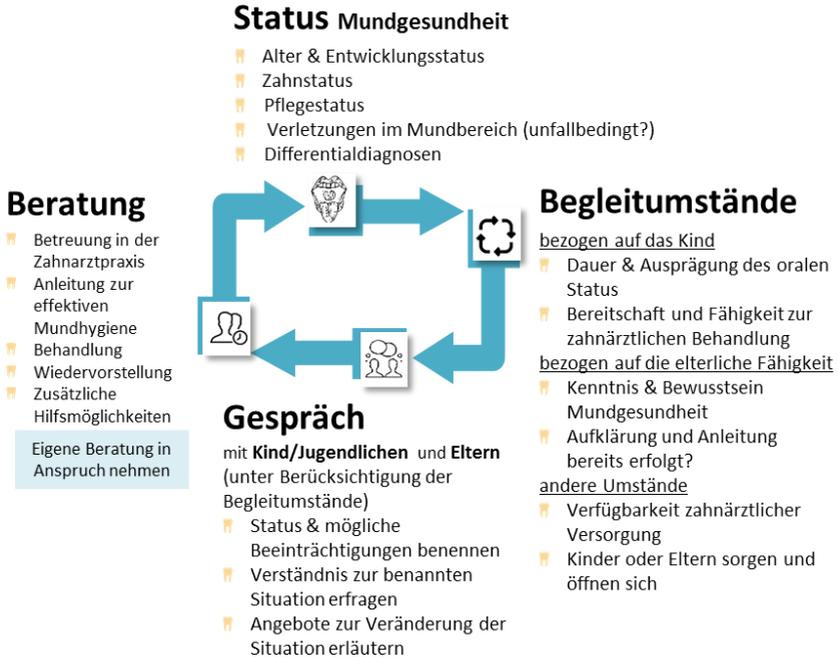
Insbesondere unversorgte tiefkariöse Läsionen können ein Indiz für Kindeswohlgefährdung sein. Die Eltern, Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen sollten über die Erkrankung informiert und Behandlungsoptionen aufgezeigt werden. Die Bereitschaft zum_zur Zahnarzt_ärztin zu gehen oder das Ausfallenlassen von Zahnarztterminen kann durch Umweltfaktoren von Kindern und Jugendlichen beeinflusst werden. Ein typischer Grund für das Nichtwahrnehmen eines Termins ist die Überlastung der Eltern, Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen im Alltag, die zu einer geringen Priorisierung der Mundgesundheit ihrer Kinder und Jugendlichen führt. Den Eltern, Personensorgeberechtigten und Bezugspersonen fehlen häufig eigene regelmäßige Zahnarztbesuche, das Vertrauen in das zahnmedizinische Gesundheitssystem und Selbstvertrauen. Überlastung ist auch der am häufigsten genannte Grund für Schutzmaßnahmen in Deutschland. Dieses spiegelt den Unterstützungsbedarf wider.

Misshandelte oder vernachlässigte Kinder weisen deutlich mehr unversorgte kariöse Läsionen auf als altersentsprechende Kinder. Es ist daher wünschenswert, dass bei bestätigten Fällen von Kindesmisshandlung oder – vernachlässigung routinemäßig eine zahnärztliche Untersuchung als Teil einer Gesamtrehabilitation veranlasst wird.

Zur Dokumentation von oralen Verletzungen kann z.B. der [Befundbogen forensische Zahnmedizin](#) verwendet werden. Weitere Informationen bietet die [Bundeszahnärztekammer](#) an.

AUSGANGSSITUATION: ZAHNÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG

Es gibt keinen Grenzwert für die Anzahl kariöser Zähne oder keine anderen spezifischen Erkrankungen des Mundes, die zwangsläufig zu der Diagnose einer dentalen Vernachlässigung führen.



Das zahnärztliche Behandlungsteam ist nicht dafür verantwortlich, eine Diagnose "Kindesmisshandlung" oder -vernachlässigung" zu stellen. Es sollte jedoch die Bedenken in angemessener Weise mit den entsprechenden Stellen teilen.

Die empfohlene Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten_innen, Ärzten_innen und Mitarbeitenden der Jugendämter impliziert die aktive Mitarbeit aller Beteiligten. Netzwerkstrukturen sollten aufgebaut und institutionalisiert werden.

Der gesetzliche Auftrag zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung liegt beim Jugendamt.

Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

21. Da beobachtete Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung wurzeln können, ein spezifischer Rückschluss auf das Vorliegen einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung aber nicht möglich ist, **sollten** Kinder und Jugendliche mit entsprechenden Auffälligkeiten alters- und entwicklungsgerecht angesprochen und nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld gefragt werden.

22. Bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten **sollten** Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen darauf angesprochen und gefragt werden:

- Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet?
- Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein?
- Wie reagieren Sie auf Auffälligkeiten?

23. Wenn bei Kindern und Jugendlichen mit beobachteten Verhaltens- und/oder Entwicklungsauffälligkeiten der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung besteht, **sollten** Informationen, die aus verschiedenen Quellen des kindlichen Umfelds stammen, zusammengetragen werden, um den Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu entkräften oder zu erhärten.

Hierbei müssen die geltenden Datenschutzbestimmungen berücksichtigt werden.

AUSGANGSSITUATION:

ENTWICKLUNGS- UND VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN

1

Gespräch mit Kindern/Jugendlichen

- Kinder/Jugendliche alters- und entwicklungsgerecht ansprechen
- nach ihrem Wohlbefinden in ihrem Umfeld fragen

2

Gespräch mit den

Bezugspersonen/Personensorgeberechtigten

- *Welche Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben Sie beobachtet?*
- *Wie schätzen Sie das Wohlbefinden Ihres Kindes ein?*
- *Wie reagieren Sie bei Auffälligkeiten?*

3

Austausch mit anderen Fachkräften

im Einvernehmen mit der_m Patientin_en und den Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen

24. Bei Verdacht auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung **soll** eine ausführliche Anamnese* der Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden.

*Die ausführliche Anamnese beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

25. Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/Misshandlung der Kinder und Jugendlichen **sollten** Schutz- und Risikofaktoren kritisch eingeschätzt werden.

Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.

26. Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung **sollte** auch die Eltern-Kind-Interaktion* beobachtet und eingeschätzt werden, um Rückschlüsse auf das Beziehungs- und Bindungsverhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen zu ziehen.

Jede Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen **sollte** als Gelegenheit gesehen werden, die Eltern-Kind-Interaktion¹ einzuschätzen.

*Eltern-Kind-Interaktion. Der Begriff „Eltern“ meint hier auch Personensorgeberechtigte und Bezugsperson.

27. Auffälligkeiten im Sozialverhalten, psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen von Kindern und Jugendlichen können Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein.

Diese **sollten** beobachtet und eingeschätzt werden und als Ausgangsbefund für weitere Verlaufskontrollen sowie auch als Referenz für bereits zurückliegende Untersuchungsbefunde genutzt werden. Die umfassende komplexe Diagnostik **sollte** durch Fachkräfte erfolgen.

28. Verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen **sollte** beobachtet und eingeschätzt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

29. Gedeihstörungen, geistige und körperliche Entwicklungsverzögerung bei Kindern und Jugendlichen **sollten** berücksichtigt werden, da dies ein Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung sein kann.

Emotionale Misshandlung

Bei dieser Misshandlungsform beeinträchtigen Bezugspersonen aktiv die psychische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Dies kann auf verschiedene Art und Weise geschehen:

1. Entwertung des Kindes oder der_s Jugendlichen durch negative Einstellung (z.B. grobe, herabsetzende Sprache; inadäquate Strafen; unrealistische Anforderungen)
2. Instrumentalisierung der Kinder und Jugendlichen in elterlichen Konflikten
3. Vermitteln von Schuldgefühlen an Kinder oder Jugendliche
4. Verhinderung adäquater Entwicklungsmöglichkeiten

Die emotionale Misshandlung geht häufig mit einer emotionalen Vernachlässigung einher und ist eine häufige Form der Kindesmisshandlung, jedoch schwer fassbar. Das liegt daran, dass sie kaum sichtbare Spuren hinterlässt und von gesellschaftlichen und innerfamiliären Normen abhängt.

Emotionale Vernachlässigung

Bei der emotionalen Vernachlässigung handelt es sich um andauernde oder extreme Vernachlässigung der Bedürfnisse eines Kindes.

Es werden für folgende Bereiche die Bedürfnisse erfasst:

1. Das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit: Das Bedürfnis nach einem Familienumfeld, das frei von Feindseligkeit und Gewalt ist, sowie dem Bedürfnis nach einer konstant verfügbaren und stabilen Bezugsperson.
2. Das Bedürfnis nach Akzeptanz und Selbstwertgefühl: Das Bedürfnis nach wohlwollender Aufmerksamkeit und der Abwesenheit von extrem negativer und unrealistischer Bewertung.
3. Das Bedürfnis nach altersgemäßer Autonomie und Selbständigkeit: Das Bedürfnis des Kindes, seine Umwelt und außerfamiliären Beziehungen zu erkunden, das Bedürfnis sich innerhalb der elterlichen Grenzen und Regeln individuell zu entwickeln, sowie das Bedürfnis des Kindes, keine unangemessenen Verantwortlichkeiten zu tragen oder Beschränkungen auferlegt zu bekommen.

Dabei ist es wichtig, einzuordnen, in welchem Ausmaß allen Bezugspersonen die Erfüllung dieser Bedürfnisse gelingt.

Kinderschutzleitlinienbüro, in Anlehnung WHO und Maltreatment Classification Systems (Barnett et al., 1993)

AUSGANGSSITUATION:

VERDACHT AUF EMOTIONALE VERNACHLÄSSIGUNG/MISSHANDLUNG

Reflexion



Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.

Mögliche Hinweise auf eine emotionale Vernachlässigung/Misshandlung bei Kindern oder Jugendlichen

- Auffälligkeiten im Sozialverhalten
- psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen
- verminderte schulische und kognitive Leistungsfähigkeit
- geistige und körperliche Entwicklungsverzögerung
- Gedeinstörungen

In dieser Tabelle finden sich Merkmale bei Kindern oder Jugendlichen, die auf eine emotionale Misshandlung oder emotionale Vernachlässigung **hinweisen können**.

Merkmale	Beispiele
Eltern-Kind-Bindung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (noch) fehlende Fähigkeit zur Affektregulation des Kindes in Bezug auf die Beziehungen des Kindes zu der primären Bezugsperson.¹ ▪ Negative Interaktion mit der primären Bezugsperson.² ▪ Bindungsstörungen³
(Sozial-)Verhalten	<p><u>Kinder & Jugendliche > 4 Jahre:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten, stabile und gesunde Beziehungen aufzunehmen bzw. zu erhalten^{4, 5, 3, 10} ▪ wenig regelkonformes, aggressives, destruktives Verhalten (dadurch wenig gleichaltrige Freunde)^{4, 5, 3, 9} ▪ motorische Verhaltensauffälligkeiten, motorische Stereotypien; emotionale Erstarrung („freezing“)³ ▪ undifferenziertes, übermäßig freundliches Zugehen auf Fremde³ <p><u>Jugendliche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ delinquentes Verhalten^{7, 9} ▪ aggressives Verhalten⁹
Psychische Auffälligkeiten und/oder Störungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychische Belastungen oder Probleme, die sich durch nach außen gerichtetes Verhalten äußern (z.B. Aggressionen) oder nach innen gerichtetes Verhalten (z.B. geringes Selbstwertgefühl, Aggressionen, die gegen sich selbst gerichtet sind)^{2, 5, 6, 7, 8, 10} ▪ Belastungsstörung^{4, 9} ▪ fehlende Selbstkontrolle, Schwierigkeiten der Gefühlsregulation³ ▪ repetitive Verhaltensweisen, auffälliges Verhalten, Angstzustände, Distanzlosigkeit gegenüber Fremden, aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, emotionale Chaos (bspw. Impulsivität, Starrheit), selbstverletzendes Verhalten³ ▪ Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen³
Kognitive und schulische Leistungsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defizite in der akademischen Leistung, im IQ, Gedächtnis, in der Lernfähigkeit und im Gehirnvolumen^{4, 6, 11} ▪ Schwierigkeiten, sich in der Schule anzupassen² ▪ Geringeres Durchhaltevermögen beim Lösen von Aufgaben²
Gedeihstörungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Failure to thrive⁷
Geistige und körperliche Entwicklungsverzögerungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unangemessene Gewohnheiten, wiederholtes Verhalten wie Schaukeln und Daumenlutschen⁷ ▪ geringere produktive und rezeptive sprachliche Fähigkeiten³ ▪ mentale & körperliche Entwicklung⁴ ▪ geringere Werte auf der Bayley Scale of Infant Development¹²

¹Barlow 2012; ²Egeland et al. 1983; ³Michel et al. 2014; ⁴Campbell & Hibbard 2014; ⁵Dubowitz et al. 2004; ⁶Maguire et al. 2015; ⁷Al Odhayani et al. 2013; ⁸Dubowitz 2002; ⁹Taussig & Culhane 2009; ¹⁰Rees 2010; ¹¹Naughton et al. 2013; ¹²Egeland & Sroufe 1981

Diagnostik

Die Diagnose einer Misshandlung, eines Missbrauchs und/oder einer Vernachlässigung ist Teil der Gefährdungseinschätzung. Dabei sollen auch aktuelle Schädigungen, dadurch entstandene oder noch entstehende Folgeschäden für Kinder und Jugendliche als auch eine prognostische Einschätzung zur Entwicklung der Kinder und Jugendlichen erfolgen.

ZIEL

- ▶ Anhaltspunkte objektivieren
- ▶ (Entwicklung-)Prognose erstellen
- ▶ Einschätzung sicher vermitteln

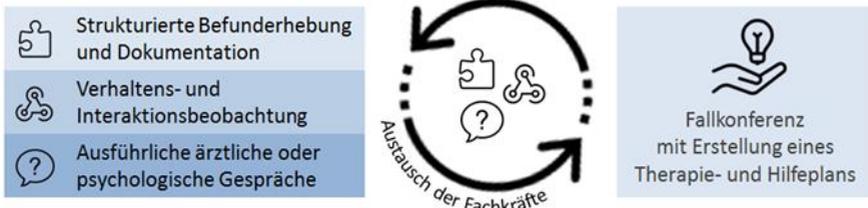
Das Erörterungsgespräch mit Kindern und Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten zu aktueller und zukünftiger Situation ist essentieller Teil dieser Einschätzung sowie auch die sichere Vermittlung der Befunde und Einschätzungen an die beteiligten Fachkräfte.

Vorgehen im Krankenhaus (OPS 1-945)

16. Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder –vernachlässigung **soll** bei der stationären Abklärung im Krankenhaus multiprofessionell (z.B. Kinderschutzgruppe nach OPS 1-945) vorgegangen werden, um eine Kindeswohlgefährdung zu bestätigen oder auszuschließen.

17. Eine Fallkonferenz* **sollte** so schnell wie möglich stattfinden, dadurch verkürzt sich der Krankenhausaufenthalt des Kindes.

*Die Fallkonferenz findet im Rahmen der OPS 1-945 unter Mitwirkung der einbezogenen Fachdisziplinen sowie eines Vertreters der Jugendhilfe und zumeist des_r Personensorgeberechtigten im Krankenhaus statt. Die Konferenz dauert mindestens 30 Minuten und hat die Erstellung eines Therapie- und Hilfeplanes zum Ziel.



Das Vorgehen im Krankenhaus ist in der Prozedur zur Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS 1-945) abgebildet. Diese beinhaltet immer eine Fallbesprechung der Fachkräfte, ggf. auch eine gemeinsame Fallkonferenz unter Beteiligung des Jugendamtes mit Hilfeplanerstellung auf Grundlage der **erhobenen Befunde, der geführten Gespräche, der aktuellen und prognostischen Einschätzung der Situation und Entwicklung des Kindes.**

Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen

57a. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder – vernachlässigung **sollten** im Rahmen einer multiprofessionellen Diagnostik zeitnah zum Ereignis oder letzten Übergriff Ersteinlassungen der Kinder und Jugendlichen protokolliert und ggf. durch wenige Nachfragen entsprechend den Prinzipien des NICHD-Protokolls konkretisiert werden.

57b. Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder – vernachlässigung **sollte** in Absprache mit Institutionen der Strafverfolgung bzw. der Familiengerichtsbarkeit und mit Einverständnis der Kinder und Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/des Vormundes ein forensisches Interview angeboten werden, wenn die Aussage der Kinder und Jugendlichen zur Klärung der Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder – vernachlässigung erforderlich erscheint.

58. Das forensische Interview **sollte** strukturiert mithilfe von evaluierten Protokollen durchgeführt werden.

Ein Beispiel eines solchen evaluierten Protokolls ist das revidierte NICHD-Protokoll, das auch in deutscher Sprache vorliegt.

59. Das forensische Interview **sollte** anhand von Aufzeichnungen der Interviewenden und durch eine Audio- und Videoaufnahme nachhaltig dokumentiert werden.

Dies setzt das informierte Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus.

60. Interviewende **sollten** in der Durchführung eines forensischen Interviews geschult und angeleitet sein. Zur Vorbereitung **sollten** mögliche Hindernisse, fallspezifische Anliegen und Interviewstrategien multiprofessionell besprochen werden. Zur Nachbereitung **sollte** die Möglichkeit eines Feedbacks gegeben werden.

61. Interviewende **sollen** das Erinnerungsvermögen des Kindes oder des_der Jugendlichen durch offene Fragen fördern.

Interviewende **sollen** vermeiden, das Kind oder den_die Jugendliche_n zu beeinflussen oder suggestiv zu befragen.

AUSGANGSSITUATION:

ERSTEINLASSUNGEN, STRUKTURIERTE BEFRAGUNG & FORENSISCHES INTERVIEW

- Ersteinlassungen zeitnah dokumentieren/protokollieren
- Konkretisierung durch wenige Nachfragen

Offene Fragen statt Suggestivfragen

- Forensisches Interview anbieten, *wenn die Aussage zur Klärung erforderlich erscheint*, in Absprache mit Institutionen der Strafverfolgung bzw. der Familiengerichtbarkeit.

Das Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen oder der Personensorgeberechtigten/des Vormundes ist eine Voraussetzung.

Anforderungen an den Interviewenden

Voraussetzung	Auftrag	Vorbereitung
Schulung und Anleitung	<ul style="list-style-type: none">▪ Erinnerungsvermögen fördern▪ Beeinflussung vermeiden	Multiprofessionelle Besprechung bzgl. möglicher Hindernisse, fallspezifischer Anliegen und Interviewstrategien
Durchführung		Nachbereitung
<ul style="list-style-type: none">▪ strukturiert mithilfe von evaluierten Protokollen▪ Dokumentation anhand von Aufzeichnungen und Audio- und Videoaufnahmen		Feedback erhalten

Im Rahmen der Diagnostik ist es wichtig, die **(Erst-)einlassungen** der Kinder oder Jugendlichen sensibel und nach fachlichen Standards durchzuführen und gut zu dokumentieren. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher sich davon Entlastung verspricht, eine vollständige strukturierte Befragung in dieser Situation durchzuführen, so spricht nichts dagegen.

Sie oder er ist dann aber unbedingt darüber aufzuklären, dass es in einem Gerichtsverfahren mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu weiteren Befragungen im Sinne einer Vernehmung kommen wird.

FRAGEN

Einladende Aussagen und offene Fragen

- [„Erzähle mir alles, was passiert ist“]
- Fördern das Erinnerungsvermögen.
 - Antworten auf diese Fragen sind präziser und ausführlicher.
 - Fragen sind nicht suggestiv und schwieriger anzufechten.

Wer-, Was-, Wo-, Wann-, Wie-Fragen

- [„Wann ist das passiert?“]
- Lenken die Aufmerksamkeit auf die bereits erwähnten Details, um zusätzliche Informationen zu einem bestimmten Aspekt des Ereignisses zu erhalten.

Ja-/Nein-Fragen

- (Unvollständige) Auswahlfragen.
- Versuchen die Aufmerksamkeit der Befragten auf Details zu lenken, die zuvor nicht erwähnt wurden, ohne jedoch eine erwartete Reaktion anzuzeigen.
- Verhindern den Aufbau eines freien Reports.

Suggestivfragen

- Fragen, die eine konkrete Antwort erwarten.
- Fragen, die Informationen einführen/Details annehmen, die vom Kind nicht geäußert wurden.
- Problematisch, da nach Details von Ereignissen gefragt werden kann, die (so) nicht passiert oder nicht gut in Erinnerung sind.
- Kinder können sich durch diese Fragen/Vorschläge beeinflussen lassen, sodass sich ihre Antworten verfälschen können, bspw. Bestätigen von Ereignissen, die nicht geschehen sind.

Körperliche Misshandlung

VERLETZUNGEN

IM BEREICH DER HAUT INKLUSIVE ANOGENITALREGION (Z.B. HÄMATOME, THERMISCHE VERLETZUNGEN)
DES GEHIRNS, RÜCKENMARKS, DER AUGEN, INNEREN ORGANE ODER KNOCHEN

ANAMNESE PASST NICHT
ZUR VERLETZUNG
[ALTER, ENTWICKLUNGSSTAND UND
MOBILITÄT DES KINDES
BERÜCKSICHTIGEN]



UND/ODER



FEHLENDE
GRUNDERKRANKUNG

MISSHANDLUNGSVERDÄCHTIGTE VERLETZUNG



*Die **ausführliche Anamnese** beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

62. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung **solte** in der ausführlichen Anamnese* unter anderem nach dem Auftreten unklarer Hämatome oder weiterer Verletzungen in der Vorgeschichte gefragt.

*Die ausführliche Anamnese beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

63. Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen **sollen** zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zu Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden. Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **sollen** einer weitergehenden Diagnostik unterzogen werden.

Zu misshandlungsverdächtigen Hämatomen gehören geformte Hämatome, Hämatome, die in Clustern auftreten, und Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten.

Weiterhin gehören dazu:

- Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen
- Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern
- jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling.
- Bei fehlendem oder unklarem Entstehungsmechanismus der Hämatome soll* die Eigen- und Familienanamnese in Bezug auf eine mögliche Gerinnungsstörung erhoben werden.
- Bei fehlenden Hinweisen auf eine Gerinnungsstörung und auffälligen Hämatomen soll* dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden.

Der Ausschluss beziehungsweise die Feststellung einer körperlichen Misshandlung **sol** im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe, siehe Handlungsempfehlung Nr. 16) erfolgen.

64. Bei Kindern und Jugendlichen mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 63) **sol** Folgendes fotografiert bzw. dokumentiert werden:

- Anzahl, Größe und Verteilungsmuster der Hämatome (Übersicht, Ausschnitt und Detailfotografie unter Zuhilfenahme eines fotomakrografischen Winkellineals)
- Mobilität des Kindes (prä-, frühmobil oder mobil)

Angaben zu besonderen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen.

65. Bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und misshandlungsverdächtigen Hämatomen **solte** zusätzlich zu Handlungsempfehlung Nr. 64 Folgendes dokumentiert werden:

1. Mobilitätsstatus (z.B. rollstuhlpflichtig oder bettlägerig)
2. Muskeltonus
3. Hilfsmittelversorgung
4. Kognitive Fähigkeiten.

66. Bei Kindern < 6 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **sol** eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen und nach okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlungen Nr. 83 & Nr. 85) und einer Magnetresonanztomographie (cMRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz (siehe Handlungsempfehlung Nr. 73) gesucht werden.

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Tipp zum effizienten praktischen Vorgehen im Alltag: Planung der Untersuchung und Lagerung des Kindes als MRT von Schädel und Wirbelsäule. Bei normalem intrakraniellen Befund kann die Untersuchung der Wirbelsäule

unterbleiben. Diese Entscheidung soll durch einen erfahrenen Untersucher erfolgen.

67. Bei Kindern > 6 bis 36 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen und begründetem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung **sollen** sowohl Blutgerinnungsstörungen ausgeschlossen als auch nach weiteren okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlung Nr. 83 & Nr. 85) gesucht werden.

68. Bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Hämatomen **soll** eine standardisierte Blutgerinnungsanamnese* erhoben werden; bei Hinweisen auf eine Blutgerinnungsstörung **soll** eine hämostaseologische Referenz hinzugezogen und die weitere Gerinnungsdiagnostik abgestimmt werden.

*z.B. standardisierte Anamneseerhebung modifiziert nach Eberl

Fremdanamnese des Kindes

Hat Ihr Kind vermehrt Nasenbluten ohne erkennbaren Grund?

Treten bei Ihrem Kind vermehrt blaue Flecken auf, auch an ungewöhnlichen Stellen?

Haben Sie Zahnfleischbluten ohne erkennbare Ursache festgestellt?

Wurde Ihr Kind schon mal operiert?

Kam es beim Zahnwechsel oder Zahnziehen zu längerem oder anhaltendem Bluten?

Hat Ihr Kind schon einmal Blutkonserven oder -produkte erhalten?

Hat Ihr Kind in den letzten Tagen Schmerzmittel wie z.B. Aspirin eingenommen?

Bekommt Ihr Kind überhaupt Medikamente, z.B. Valproat, Marcumar, ...?

Ist bei Ihrem Kind eine Grunderkrankung, wie z.B. eine Leber- oder Nierenerkrankung, bekannt?

Familienanamnese (Mutter und Vater getrennt)

Haben Sie vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund?

Treten bei Ihnen vermehrt blaue Flecke auf, auch ohne sich zu stoßen?

Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne ersichtlichen Grund festgestellt?

Haben Sie den Eindruck, dass Sie bei Schnittwunden (z.B. Rasieren) länger nachbluten?

Gab es bei Ihnen nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen?

Gab es bei Ihnen beim Zahnziehen längere oder verstärkte Nachblutungen?

Haben Sie schon einmal Blutkonserven oder -produkte erhalten?

Gibt oder gab es bei Ihnen in der Familie Fälle von vermehrter Blutungsneigung, z.B. auch nach Operationen oder Geburten?

Zusatzfragen für die Mutter

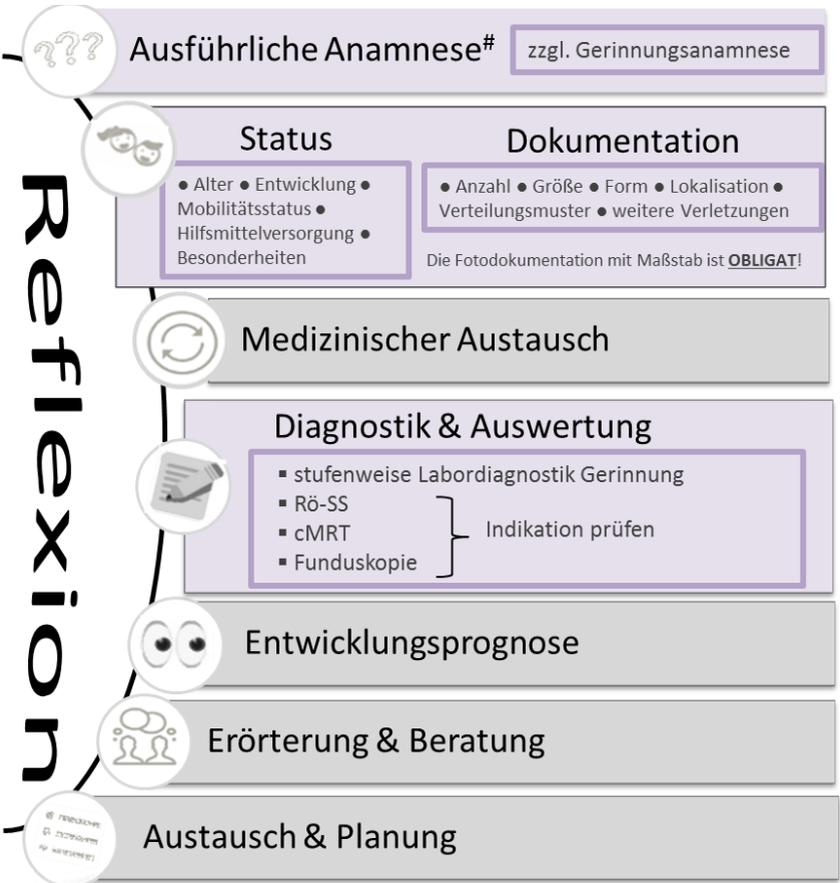
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert ist oder war?

Kam es bei oder nach Geburt eines Kindes bei Ihnen zu verstärkten Blutungen?

Cave: Zusätzlich soll nach bereits bekannten Blutungserkrankungen und Voruntersuchungen

MISSHANDLUNGSVERDÄCHTIGE HÄMATOME

- geformte Hämatome,
- Hämatome, die in Clustern auftreten,
- Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten,
- Hämatome im Bereich der Ohren, des Halses, der Hände, der Waden und der Genitalien in allen Altersgruppen,
- Hämatome im Bereich des vorderen Thorax, des Abdomens und des Gesäßes bei mobilen Säuglingen und Kleinkindern,
- jedes Hämatom bei einem prämobilen Säugling.



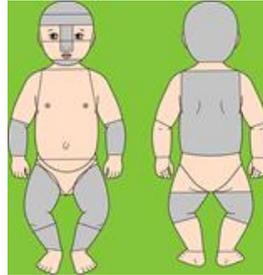
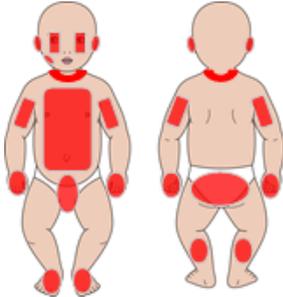
Labordiagnostik Gerinnung (stufenweise)			
Basislabor	<ul style="list-style-type: none"> INR, aPTT, Fibrinogen Blutbild mit Leukozytendifferenzierung 		
Labordiagnostik erweitern bei misshandlungsverdächtigen Hämatomen und/oder Auffälligkeiten im Labor (ggf. Rücksprache mit Hämostaseologen)			
Erweitertes Labor	<u>Einzelfaktoren</u> <ul style="list-style-type: none"> Faktor XIII, Faktoren VIII & IX bei Jungen 	<u>von-Willebrand Diagnostik</u> VWF-Antigen, VWF-Kollagenbindungsaktivität, VWF-Aktivität, Blutgruppe	Thrombozytenfunktion
Indikation Rö-SS bei Kindern mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen			
< 6 Monate mit cMRT und Funduskopie		> 6 bis 24 Monate cMRT und Funduskopie bei auffälligem Rö-SS	

Verteilungsmuster Hämatome

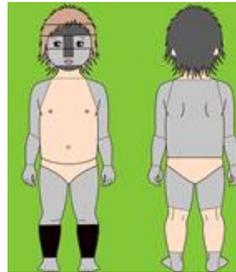
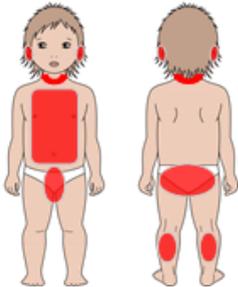
Hotspots von Hämatomen bei körperlicher Misshandlung

Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren

Prämobil

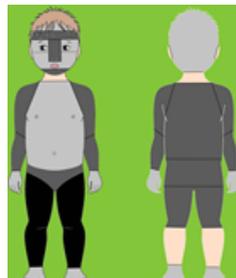
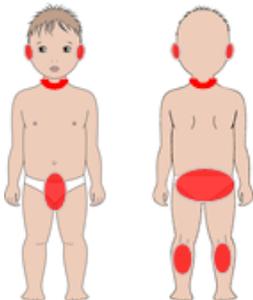


Frühmobil



= 0,2%
 < 5%
 5-15 %
 > 15%

mobil



Hämatomlokalisierung bei 350 misshandelten Kindern unter 6 Jahren von n = 519 Kindern (Kemp AM et al. Arch Dis Child 2014; 99:108–113.) und bei 133 misshandelten Kindern im Alter von 1-13 Jahren (Dunstan FD et al Arch Dis Child 2002; 86: 330–333.)

Prozentuale Verteilung von 2.570 Erfassungen von 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren (75% mobil, 19% frühmobil und 6% prämobil) mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 3523 Hämatome (Kemp AM et. al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431.)

Quellen

Thermische Verletzungen

69. Bei Kindern und Jugendlichen **soll** der geschilderte Unfallhergang bei jeder thermischen Verletzung dokumentiert werden.

Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verletzungsmuster, **soll** von einer unklaren thermischen Verletzung (Verdacht auf eine Kindesmisshandlung) ausgegangen werden.

In diesem Fall **soll** neben der medizinischen Diagnostik (z.B. laut OPS 1-945) die Mitteilung an das Jugendamt erfolgen und ggf. die Polizei hinzugezogen werden, um notwendige Ermittlungen zum tatsächlichen Unfallhergang zu ermöglichen.

70. Bei Kindern und Jugendlichen mit unklaren thermischen Verletzungen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 69) **sollen** folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Liegen weitere Verletzungen (z.B. Frakturen) vor?
- Sind vorherige Verletzungen oder Misshandlungen bekannt?
- Liegt Häusliche Gewalt vor?
- Werden Geschwister für die Verletzung verantwortlich gemacht?

Positiv beantwortete Fragen verdichten den Verdacht auf eine körperliche Misshandlung.

71. Bei Kindern und Jugendlichen **sollte** die Frage nach Vernachlässigung bei jeder thermischen Verletzung als Ursache der Verbrühung/Verbrennung multiprofessionell (z.B. nach OPS 1-945) eingeschätzt und geklärt werden.

Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung soll nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.



Wahrscheinlichkeit einer nicht akzidentellen thermischen Verletzung

Quelle adaptiert: Royal College of Paediatrics and Child Health (2017): Child Protection Evidence Systematic review on Burns Last updated: July 2017.

	wahrscheinlich	möglich	unwahrscheinlich
Mechanismus	<ul style="list-style-type: none"> • Immersion 		<ul style="list-style-type: none"> • Unfall durch verschüttete Flüssigkeit • Unfall durch fließendes Wasser
Agens	<ul style="list-style-type: none"> • heißes Leitungswasser 		<ul style="list-style-type: none"> • heiße Flüssigkeit, die nicht Leitungswasser ist
Muster	<ul style="list-style-type: none"> • abgrenzbare obere Linie • symmetrische Verbrühung (Extremitäten) 	<ul style="list-style-type: none"> • gleichmäßige Verbrühungstiefe • Schonung der Hautfalten • Aussparung des zentralen Gesäßes 	<ul style="list-style-type: none"> • unregelmäßige Begrenzung und Tiefe • fehlendes Muster
Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> • isolierte Verbrühung von Gesäß/Perineum mit/ohne untere Extremitäten • isolierte Verbrühung der unteren Extremitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Handschuh- und Strumpfvverteilung oder auch nur ein Finger/Zeh betreffend 	<ul style="list-style-type: none"> • asymmetrische Beteiligung der unteren Extremitäten • Gesicht, Hals und Oberkörper betreffend
Klinische Zeichen	<ul style="list-style-type: none"> • weitere Verletzung, unabhängig von der Verbrühung/Verbrennung • klinische Zeichen stimmen mit den Angaben nicht überein • zusätzlich auftretende Frakturen 	<ul style="list-style-type: none"> • vorherige Verbrennung/Verbrühung • körperliche Vernachlässigung • widersprüchlicher Unfallhergang im Verlauf 	
Anamnestische Zeichen	<ul style="list-style-type: none"> • passives, introvertiertes, ängstliches Kind • vorherige Misshandlung • Häusliche Gewalt • zahlreiche vorherige Verletzungen und Unfälle • Geschwister werden für die Verbrühung verantwortlich gemacht 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeichen für Vernachlässigung • unterschiedliche Angaben • Mangel an elterlicher Sorge • Vorstellung des Kindes erfolgt durch einen Erwachsenen ohne Verwandtschaftsgrad • Kind ist dem Sozialen Dienst bekannt 	

Nicht akzidentelles (Schädelhirn-)Trauma (NASHT)

73. Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind klinisch nicht vital bedroht, **soll** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz* erfolgen.

Zeigen sich bei der Untersuchung weitere Zeichen für eine Misshandlung, **soll** außerdem eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

*und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu gibt es nur begrenzte Evidenz.

Tipp zum effizienten praktischen Vorgehen im Alltag: Planung der Untersuchung und Lagerung des Kindes als MRT von Schädel und Wirbelsäule. Bei normalem intrakraniellen Befund kann die Untersuchung der Wirbelsäule unterbleiben. Diese Entscheidung soll durch einen erfahrenen Untersucher erfolgen.

74. Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind vital bedroht, **soll** eine cranielle Computertomographie (cCT) erfolgen.

75. Ergibt die cranielle Computertomographie (cCT) eines Kindes Hinweise auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung, **sollen** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz* und eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

*und suszeptibilitätsgewichteter Sequenz (SWI): Dazu gibt es nur begrenzte Evidenz.

76. Eine Ultraschalluntersuchung des Kopfes **soll** nicht als alleinige diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung herangezogen werden.

77. Bei einem Kind < 24 Monate mit intrakranieller Verletzung und einer Schädelfraktur und fehlendem bezugetem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **soll** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

78. Eine Ultraschalluntersuchung des Schädels **kann** als Diagnostik bei Verdacht auf eine Schädelfraktur durchgeführt werden.

79. Bei Kindern mit subduraler Blutung, insbesondere mit dem Nachweis mehrerer subduraler Blutungen und/oder mit Zeichen einer zerebralen Diffusionsstörung und/oder einem Hirnödem in der Bildgebung des zentralen Nervensystems und bei fehlendem bezugetem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese, **soll** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.

Bei Kindern im Alter < 12 Monate mit nicht akzidentellem Schädelhirntrauma sind diese Verletzungen schwerwiegend und stehen in Verbindung mit einer hohen Sterblichkeitsrate.

80. Bei Kindern < 24 Monate mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **soll** eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden.

81. Bei Kindern und Jugendlichen mit der Kombination von zwei oder mehr der folgenden Merkmale:

- kein akzidentelles Trauma und zweifelhafte Anamnese
- subdurale Blutung
- zerebrale Diffusionsstörung
- Schädelfraktur mit oder ohne intrakranielle Verletzung
- Rippenfraktur/en
- (metaphysäre) Fraktur/en der langen Röhrenknochen
- cerebraler Krampfanfall
- Apnoe

soll dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung als Ursache nachgegangen werden.

Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese oder keine andere Erkrankung vor, **soll** neben der Untersuchung der Augen auch die entsprechende radiologische Untersuchung durchgeführt werden.

Odds Ratio für das Auftreten von Symptomen und Befunden bei einem nicht akzidentellen (Schädelhirn-)Trauma

Adaptiert von Royal College of Paediatrics and Child Health (2017): Child Protection Evidence Systematic review on Neurological Injuries Last updated: August 2014 und *Royal College of Paediatrics and Child Health (2017): Child Protection Evidence Systematic review on Retinal Findings Last updated: January 2015.

Apnoe	OR 17.1
subdurale Blutung	OR 9.18
hypoxisch ischämischer Schaden	OR 4.19
retinale Blutung	OR 3.5 bzw. OR 15.31*
parenchymatöse Scherverletzung oder diffuser axonaler Schaden	OR 3.1
Rippenfraktur	OR 3
zerebraler Krampfanfall	OR 2.9
Hirnödem	OR 2.24
(metaphysäre) Fraktur der langen Röhrenknochen	OR 1.7
subarachnoidale Blutung	OR 1.28
Schädelfraktur mit intrakranieller Verletzung	OR 0.8
Hämatome an Kopf und/oder Nacken	OR 0.8

VORGEHEN:

VERDACHT AUF NICHT AKZIDENTELLES SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA (NASHT)

Reflexion



Röntgen-Skelettscreening (Rö-SS)

82. Das Röntgen-Skelettscreening bei begründetem Verdacht auf körperliche Misshandlung eines Kindes **soll** umfassend und standardisiert erfolgen.

Folgende Einzelaufnahmen **sollen** durchgeführt werden:

1. Schädel a-p¹; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p¹; 4. Oberarm a-p¹ links; 5. Oberarm a-p¹ rechts; 6. Unterarm a-p¹ links; 7. Unterarm a-p¹ rechts; 8. Hand p-a² links; 9. Hand p-a² rechts; 10. Oberschenkel a-p¹ links; 11. Oberschenkel a-p¹ rechts; 12. Unterschenkel a-p¹ links; 13. Unterschenkel a-p¹ rechts; 14. Fuß d-p³ links; 15. Fuß d-p³ rechts.

In Abhängigkeit vom Befund der oben beschriebenen Einzelaufnahmen **sollen** weitere Röntgenaufnahmen durchgeführt werden:

- A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, **sollen** 16. Thorax schräg links und 17. Thorax schräg rechts erfolgen.
- B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, **sollen** 18. Wirbelsäule seitlich und 19. Becken und Hüften a-p¹ erfolgen.

¹anterior-posterior, ²posterior-anterior bzw. dorso-palmar, ³dorso-plantar (Röntgenstrahlengang)

Anmerkung zur Durchführung der Röntgenaufnahmen

Wenn es die Körpergröße des Kindes zulässt, kann erwogen werden, die Röntgenaufnahmen der Extremitäten wie folgt zusammenzufassen: 4+6; 5+7; 10+12; 11+13.

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

- Beim Vorliegen einer craniellen Spiral-CT mit dünnen Schichten oder dem Nachweis einer Schädelfraktur in der cCT kann über den Verzicht der Röntgenaufnahmen des Schädels diskutiert werden.
- In Abhängigkeit von den sich ergebenden Befunden, wie einer fraglichen Fraktur der Extremitäten in einer Ebene und bei Frakturnachweis ist eine Röntgenaufnahme in der zweiten Ebene erforderlich.
- Bei Mädchen wird bei der Röntgenaufnahme des Beckens auf den Gonadenschutz verzichtet.

83. Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **soll** bei allen Kindern < 24 Monate durchgeführt werden, falls:

der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt; hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.

84. Bei fehlendem Nachweis von Frakturen im initialen standardisierten Röntgen-Skelettscreening und weiterhin bestehenden klinischen Anhaltspunkten auf eine körperliche Misshandlung **sollte** das Röntgen-Skelettscreening (Aufnahmen Nr. 3-15) nach 11-14 Tagen wiederholt werden.

85. Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **sollte** bei Kindern > 25 bis 36 Monate durchgeführt werden, falls der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt.

Hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma

86. Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **sollte** bei Geschwistern < 24 Monate eines körperlich misshandelten Kindes oder anderer im selben Haushalt lebender Kinder < 24 Monate durchgeführt werden.

Ergänzung durch die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Bei der Untersuchung des Geschwisterkindes < 24 Monate ist auch die Schädelsonografie zur Frage nach erweiterten subduralen Räumen sinnvoll. Die Schädelsonografie sollte transfontanellär bzw. transkranial erfolgen und insbesondere nach chronisch subduralen Hämatomen oder Hygromen fahnden.

87. Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **soll** bei einem Mehrling eines körperlich misshandelten Kindes < 24 Monate durchgeführt werden.



INDIKATION

Die Indikationsstellung zur Durchführung des RÖ-SS erfolgt nach dem Vier-Augen-Prinzip (durch zwei Ärzte_innen) anhand folgender Fragen:

Ist die aktuelle Verletzung (z.B. bei Hämatomen, Frakturen) akzidentell oder nicht akzidentell?

- **Alter** und Entwicklungsstand des Kindes
- Körperlicher Status und andere Verletzungszeichen
- Fehlendes bezeugtes Trauma oder zweifelhafte Anamnese

Sind frühere Verletzungen bekannt?

Sind Verletzungen eines Geschwisterkindes < 24 Monate bekannt?

Bestehen Anzeichen für Häusliche Gewalt?

**SOLL bei Kindern
bis 24 Monate**

**SOLLTE bei Kindern
von 24 bis 36
Monate**

Einzelfallentscheidung
en bei Kindern ab 36
Monate



STANDARD RÖNTGENAUFNAHMEN

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
| 1. Schädel a-p | 6. Unterarm a-p links | 11. Oberschenkel a-p rechts |
| 2. Schädel seitlich | 7. Unterarm a-p rechts | 12. Unterschenkel a-p links |
| 3. Thorax a-p | 8. Hand p-a links | 13. Unterschenkel a-p rechts |
| 4. Oberarm a-p links | 9. Hand p-a rechts | 14. Fuß d-p links |
| 5. Oberarm a-p rechts | 10. Oberschenkel a-p links | 15. Fuß d-p rechts |

Röntgenstrahlengang: a-p → anterior-posterior, p-a → posterior-anterior bzw. dorso-palmar, d-p → dorso-plantar

Wenn es die Körpergröße des Kindes zulässt, kann erwogen werden, die Röntgenaufnahmen der Extremitäten wie folgt zusammenzufassen: 4+6; 5+7; 10+12; 11+13



ZUSÄTZLICHE RÖNTGENAUFNAHMEN

bei fehlender Detektion von Rippenfrakturen:

- 16. Thorax schräg links;
- 17. Thorax schräg rechts

bei Detektion einer oder mehrerer Frakturen:

- 18. Wirbelsäule seitlich
- 19. Becken und Hüften a-p¹



FOLLOW-UP RÖNTGENAUFNAHMEN

bei fehlender Detektion von Frakturen und bestehenden begründeten Verdacht auf eine körperliche Misshandlung:

- 20. Wiederholung Thorax a-p (und Röntgenaufnahmen Nr.4 bis Nr.15) nach 11-14 Tagen



AUSWERTUNG

Die Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR) empfiehlt zur Beurteilung der Bildgebung, insbesondere jedes angefertigten Skelettstatus, eine **Doppelbefundung**, ggf. unabhängig voneinander **durch zwei in der Beurteilung misshandlungsbedingter Verletzungen erfahrener (Kinder)Radiologen_innen** durchführen zu lassen (Zweitbefundung).

Auf der GPR-Internetpräsenz (<https://www.kinder-radiologie.org/>) sind Schwerpunkt-Kinderradiologien ersichtlich; Adressen können bei den jeweiligen Landesärztekammern erfragt werden.

88. Bei Kindern und Jugendlichen mit Frakturen **sollten** bei der Beurteilung eines Verdachts auf eine körperliche Misshandlung das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.

89. Bei Kindern mit mehreren Frakturen und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder mit zweifelhafter Anamnese **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung nachgegangen werden.

Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und das Vorgehen nach OPS 1-945.

90. Bei Kindern < 48 Monate mit einer Schädelfraktur ohne intrakranielle Verletzungen und bei fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **sollte** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung, inklusive Dokumentation von Frakturanzahl und Frakturtyp, nachgegangen werden.

Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und das Vorgehen nach OPS 1-945.

Bei mehreren und/oder komplexen Schädelfrakturen ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache erhöht.

91. Bei Kindern von 19 bis 48 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **sollte** einem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollten** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

92. Bei Kindern < 18 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **soll** eine körperliche Misshandlung als Ursache ausgeschlossen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollen** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie, eine Magnetresonanztomographie des Kopfes und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

93. Bei Kindern < 18 Monate mit einer Humerusfraktur **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollen** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen

94. Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterarmfraktur **sollte** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollten** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

95. Bei Kindern < 18 Monate mit einer Femurfraktur **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollen** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

96. Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterschenkelfraktur **sollte** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollten** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

97. Bei Kindern < 18 Monate mit einer metaphysären Fraktur der langen Röhrenknochen **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **sollten** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie, Magnetresonanztomographie des Schädels und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

98. Liegt bei Kindern mit einer Wirbelsäulenverletzung kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden.

Dabei **soll** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung **soll** neben der Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule auch eine Magnetresonanztomographie des

Schädels durchgeführt werden.

99. Liegt bei Kindern mit einer Beckenfraktur kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **soll** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und einen sexuellen Missbrauch als Ursache nachgegangen werden. Dabei **soll** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

Misshandlungsverdächtige Frakturen als Indikation für ein Röntgen-Skelettscreening [*mit cMRT und Funduskopie]

Rö-SS	Kindern < 18 Monate	Kindern bis 48 Monate
Indikation besteht bei	mit mindestens einer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rippenfraktur* ▪ metaphysären Fraktur der langen Röhrenknochen* ▪ Humerusfraktur ▪ Unterarmfraktur ▪ Femurfraktur ▪ Unterschenkelfraktur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mit mindestens einer Rippenfraktur ▪ mit einer komplexen Schädelfraktur*
Rö-SS	Kindern mit	
Indikation prüfen bei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schädelfraktur mit intrakranieller Beteiligung* ▪ mehreren Frakturen ▪ einer Wirbelsäulenverletzung* ▪ einer Beckenfraktur 	

Bei misshandlungsverdächtigen Befunden im Rö-SS
→ cMRT/spinales MRT, Funduskopie



Alter ♦ Entwicklungsstand ♦ chronische Erkrankungen
♦ körperliche und geistige Behinderungen ♦ Vorgeschichte

Misshandlungsverdächtige Fraktur

=

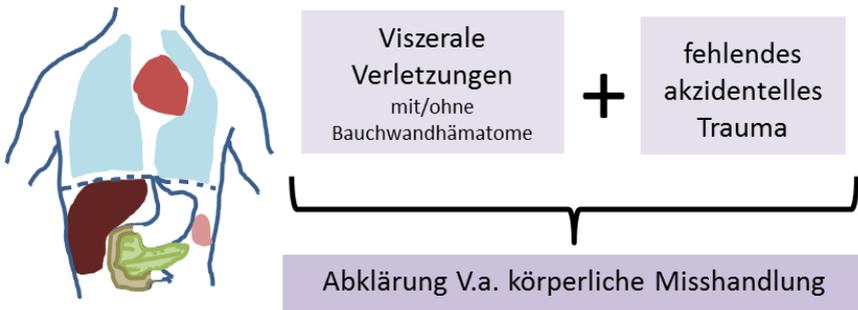
Fraktur ist NICHT durch
Anamnese
UND/ODER
Grunderkrankung
erklärbar.

Viszerale Verletzungen

100. Bei Kindern < 48 Monate mit inneren Verletzungen wie duodenalen, Leber-, Milz-, Pankreas- und/oder intrathorakalen Verletzungen **soll** bei fehlendem akzidentellem Trauma dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden; dies gilt auch bei fehlenden Bauchwandhämatomen.

AUSGANGSSITUATION:

VISZERALE VERLETZUNGEN BEI KINDERN < 48 MONATE



Untersuchung der Augen

101. Die Untersuchung der Augen **soll** beidseitig, indirekt durch die erweiterte Pupille und standardisiert durch eine_einen Augenarzt_ärztin, erfolgen.

Folgende Fragen **sollen** beantwortet werden:

- Liegt eine retinale Blutung vor?
- Ist die Blutung ein- oder beidseitig?
- Welche Ausprägung der retinalen Blutung liegt vor?
(mild (1-10 Blutungen), moderat (11-20 Blutungen) oder schwer (>20 Blutungen))
- Sind mehrere Schichten der Netzhaut betroffen?
- Sind mehrere Augenabschnitte betroffen?
- Wo befinden sich die Blutungen innerhalb des Fundus?
(parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.)

Mit Zunahme der Anzahl der Befunde bzw. einer Ausdehnung nach peripher erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer misshandlungsbedingten Schädelhirnverletzung.

102. Bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **sollte** die Untersuchung der Augen zeitnah, möglichst innerhalb der ersten 24 Stunden nach Vorstellung des Kindes, erfolgen.

Hierbei **sollte** beachtet werden, dass der Zeitpunkt eines möglichen Ereignisses nicht dem Zeitpunkt der Erstvorstellung des Kindes z.B. in einer Klinik entspricht. Mit zunehmendem Abstand zum Ereignis (bis zu vier Wochen) verringert sich die Wahrscheinlichkeit des Nachweises einer stattgehabten retinalen Blutung.

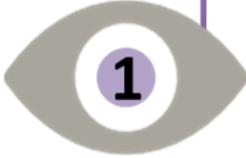
103. Bei Kindern mit folgenden singulären Ereignissen ist die Wahrscheinlichkeit einer retinalen Blutung sehr gering bis nicht gegeben:

- cerebrale Krampfanfälle
- «Apparent Life-Threatening Events» (ALTE),
- jetzt «Brief Resolved Unexplained Events» (BRUE)
- forciertes Husten
- forciertes Erbrechen
- kardiopulmonale Reanimation.

Liegt bei diesen Kindern eine retinale Blutung vor, **sollte** dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Ursache nachgegangen werden.

VORGEHEN:

UNTERSUCHUNG DER AUGEN



UNTERSUCHUNG

- Beidseitige augenärztliche Untersuchung
- Indirekte Funduskopie durch die erweiterten Pupillen



DOKUMENTATION

- Liegt eine retinale Blutung vor?
- Ein- oder beidseitige Blutung?
- Ausprägung der retinalen Blutung: mild (1-10 Blutungen), moderat (11-20 Blutungen) oder schwer (>20 Blutungen)
- Anzahl der betroffenen Schichten der Netzhaut
- Anzahl der betroffenen Augenabschnitte
- Lokation der Blutungen (parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.)

Dokumentation mit der 'RetCam' möglich

BEFUNDE, DIE DIE WAHRSCHEINLICHKEIT FÜR NASHT ERHÖHEN:

- Ausprägung der retinalen Blutungen
- Ausdehnung der retinalen Blutungen nach peripher

retinale Blutungen bei NASHT → OR 15,31 (95% CI 18,78-25,74)

104. Bei Kindern und Jugendlichen mit gesicherter Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollte** keine weitergehende Diagnostik zum Ausschluss von Krankheiten erfolgen, die eine Kindesmisshandlung imitieren können.

105. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf körperliche Misshandlung **sollten** andere Ursachen (z.B. Unfälle oder Erkrankungen, die eine Misshandlung imitieren können) in die Differentialdiagnostik einbezogen werden.

106. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollten** folgende Erkrankungen differentialdiagnostisch berücksichtigt werden:

1. Osteochondrodysplasien (z.B.: Osteogenesis imperfecta, Osteopetrose, Pyknodysostose)
2. Rachitis
3. Menkes disease
4. Leber- und Nierenversagen (chronisch)
5. Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie (FHH)
6. Pain insensitivity syndrome (zum Beispiel: hereditary sensory and autonomic neuropathies (HSANs))
7. Hyper IgE-Syndrom.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 50.000-100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung **sollte** nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
 - Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe Nr. 83 & 85)
 - Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzten_innen.

Sind die aufgeführten Untersuchungen unauffällig, ist das Vorliegen der sogenannten Erkrankungen nahezu ausgeschlossen.

Ist eine der aufgeführten Untersuchungen auffällig oder besteht weiterhin der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, **sollten** weitere Untersuchungen erfolgen (siehe Nr. 107).

107. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollten** folgende Untersuchungen im Rahmen der Differentialdiagnostik durchgeführt werden (siehe Nr. 106):

- im Blut: kleines Blutbild
- im Serum: Kalzium, Phosphat, alkalische Phosphatase, 25 OHD, PTH, Kupfer, Coeruloplasmin, Transaminasen, Bilirubin, Gallensäuren, Kreatinin, IgE
- im Urin: Kalzium, Phosphat, Kreatinin

108. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Frakturen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollten** bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus den Handlungsempfehlungen Nr. 106 oder Nr. 110 entsprechende medizinische Fachdisziplinen hinzugezogen werden.

109. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Kopfverletzung und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollten** bei Auffälligkeiten oder positiven Befunden aus Handlungsempfehlung Nr. 110 entsprechende Fachdisziplinen

hinzugezogen werden.

110. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Kopfverletzung mit intrakranieller Beteiligung **sollten** folgende Erkrankungen als Differentialdiagnose erwogen werden:

1. Glutarazidurie Typ I
2. Methylmalonazidurie und Homocystinurie Typ cblC
3. D-2-Hydroxyglutarazidurie
4. Progressive Familiäre Intrahepatische Cholestase Typ II
5. Menkes disease
6. Osteogenesis imperfecta
7. Infantile Osteopetrose
8. zerebrales arterielles Aneurysma
9. zerebrale arteriovenöse Malformationen
10. Gerinnungsstörungen
11. Leberversagen.

Die geschätzte kumulative Prävalenz genannter Erkrankungen liegt bei 1 auf 1000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Deutschland.

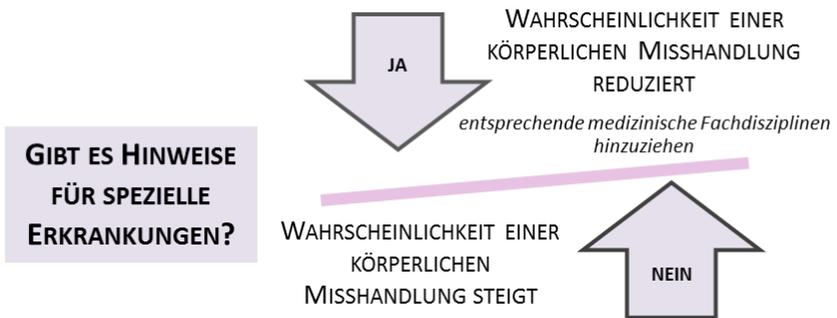
Die differentialdiagnostische Berücksichtigung dieser Erkrankungen **sollte** nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Eigen- und Familienanamnese, insbesondere Blutungs- und Gerinnungsanamnese (siehe Nr.67)
- körperliche und neurologische Untersuchung
- Untersuchung des Augenhintergrundes (siehe Nr. 101)
- Laboruntersuchungen aus Handlungsempfehlung Nr. 107 und zusätzlich
- im Serum: Homocystein, Gerinnungsanalyse (Globaltests, Faktor-Analyse, Plättchen-Funktionstests) – falls möglich nach Rücksprache mit einem (pädiatrischen) Hämostaseologen
- im Urin: organische Säuren
- cMRT
- Röntgen-Skelettscreening (zur Beurteilung des Knochenstoffwechsels und Suche nach Anzeichen für ein Syndrom)
 - Standard bei Kindern < 24 Monate (siehe Nr. 83 & Nr. 85)
 - Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzten_innen.

111. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf misshandlungsbedingte Hautverletzungen und ohne gesicherte Diagnose einer körperlichen Misshandlung **sollten** frühzeitig Fachdisziplinen (z.B. Dermatologie, Rechtsmedizin, Ärzten_innen mit Kinderschutz Erfahrung) hinzugezogen werden.

VORGEHEN:

DIFFERENTIALDIAGNOSEN BEI VERDACHT AUF KÖRPERLICHE MISSHANDLUNG



Die Durchführung einer sorgfältigen Anamnese und Diagnostik bei jedem Verdacht auf eine Misshandlung, einen Missbrauch und/oder eine Vernachlässigung ist obligat.

Sexueller Missbrauch

112. Alle Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **sollen** geschlechts- und entwicklungspezifisch untersucht werden.

Keine Untersuchung **soll** gegen den Willen des_der Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden.

Die Notwendigkeit und Festlegung des Datums der u.g. Untersuchungen sind abhängig von der Zeitspanne zwischen dem angegebenen sexuellen Übergriff und dem Untersuchungszeitpunkt (siehe Nr. 115 bis Nr. 118).

Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese* **sollen** ein/e

- anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops (siehe Nr. 114)
- Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger (siehe Nr. 119)
- Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)
- Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)
- Forensisches Interview (4 – 18 Jahre)
- Feststellung des psychischen Status

erfolgen.

Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen **sollen** im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden.

Die Ergebnisse aller Untersuchungen **sollen** gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

* Die ausführliche Anamnese beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

113. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit körperlich-sexuellem Übergriff und einer schwerwiegenden akuten Verletzung **sollte** unverzüglich ein Trauma des Bauchraumes und des Beckens ausgeschlossen werden.

114. Bei Mädchen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **sollte** die anale und kindergynäkologische Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in vier Positionen durchgeführt werden:

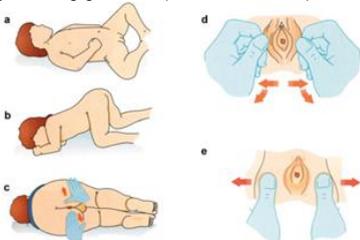
1. Froschbein- oder Steinschnittlage
2. Knie-Brustlage
3. Seitenlage
4. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Bei Jungen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **sollte** die anogenitale Untersuchung alters- und entwicklungsabhängig in drei Position durchgeführt werden:

1. Knie-Brustlage
2. Seitenlage
3. Rückenlage mit zur Brust geführten Knien.

Kindergynäkologische Untersuchung

Die Abbildung ist wiedergegeben nach (Herrmann et al. 2010) mit freundlicher Genehmigung des Springer Verlages.



Physical examination:

- a) supine position, b) knee-chest position, c) lateral decubitus position, d) labial traction, e) labial separation

115. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **sollte** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine_n im Kinderschutz erfahrene_n Facharzt_ärztin mit besonderer Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik erfolgen. Die Untersuchung **sollte** foto-, idealerweise videodokumentiert und nach den sogenannten Adams-Kriterien bewertet werden, um sie ggf. dem Peer-Reviewing zuführen zu können.

Die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen ist Voraussetzung für die Untersuchung (siehe Nr. 112).

Zum besseren Verständnis kann die Einteilung nach Adams wie folgt vereinfacht werden:

Befundkategorien	Bewertung
1. Normalbefunde 2. Normvarianten 3. Differentialdiagnosen, die fälschlicherweise für einen Missbrauch gehalten werden	unauffällig
1. Befunde durch Trauma und/oder Sexualkontakt <ul style="list-style-type: none"> a. Akute Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus, welche akzidentell oder zugefügt sein können b. Residuen (heilender) Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus 2. Befunde, die auf eine akute oder heilende Verletzung der Genitalien und/oder des Anus hinweisen	auffällig

116. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **soll** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

In diesem Zeitraum **sollen** eine strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123) durchgeführt werden.

117. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (innerhalb der ersten 24 Stunden; siehe Nr. 116), **sollte** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung möglichst zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal sieben Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.

Im Rahmen dieser Vorstellung **sollten** die strukturierte Anamnese (z.B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), ein Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123) und das Forensische Interview (4-18 Jahre) durchgeführt werden.

118. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr. 116 & Nr. 117) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, **sollte** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch Nr. 112).

119. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe Nr. 116 bis 118), **sollten** die strukturierte Anamnese (z.B. SANE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe Nr. 123), auch nach einer Woche bis mehrere Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt und ein Forensisches Interview (4-18 Jahre) angeboten werden.

120. Bei Kindern und Jugendlichen nach körperlich-sexuellem Übergriff **soll** Folgendes auf folgende sexuell übertragbare Erreger untersucht werden:

- Urinuntersuchung auf:
 1. *Chlamydia trachomatis*
 2. *Neisseria gonorrhoea*
 3. *Trichomonas vaginalis*
 - Anale Abstriche auf:
 1. *Chlamydia trachomatis*
 2. *Neisseria gonorrhoea*
- } Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Urin
- } Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Ausfluss **sollen** oben genannte Erreger (1-3) zusätzlich in einem Abstrich des Exsudates mittels NAAT/PCR untersucht werden.

Verlaufskontrollen **sollen** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen. Auch die Prüfung der Indikation zur Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe (zum Beispiel bei Verdacht auf HIV) **soll** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

Jedes positive Laborergebnis **soll** durch den jeweiligen erregerspezifischen Test (Konfirmationsuntersuchung) bestätigt werden.

121. Bei Kindern und Jugendlichen mit Condylomata accuminata **sollten** folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

1. Eigen- und Fremdanamnese auf Haut- und Genitalwarzen
2. HPV-Impfanamnese
3. Sexual- und Missbrauchsanamnese
4. Untersuchung, inklusive anogenitaler bzw. kindergynäkologischer Untersuchung.

HPV bzw. Condylomata accuminata können sowohl durch Sexualkontakte als auch ohne Sexualkontakte übertragen werden. Die Ergebnisse der empfohlenen Maßnahmen (1-3) **sollten** durch Spezialisten (z. B. im Kinderschutz erfahrene Fachärzte_ärztinnen, Virologen_innen oder Infektiologen_innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.

122. Bei Kindern und Jugendlichen mit dem Nachweis einer sexuell übertragbaren Erkrankung unklarer Genese **soll** dem Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch (einschließlich Handel mit und Ausbeutung von Kindern) nachgegangen werden (siehe Nr. 112 bis Nr. 120).

123. Bei Mädchen im gebärfähigen Alter mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einen körperlich-sexuellen Übergriff **sollte** im Hinblick auf das weitere Prozedere (z.B. „Pille danach“) eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Der (erste) Schwangerschaftstest (β-HCG im Urin oder Serum) **sollte** beim Erstkontakt durchgeführt werden.

124. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **soll** in Abhängigkeit vom Zeitraum zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen:

bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe Nr. 116 bis 116):

- Fremd-DNA: Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Abstrich
- Samen: Mikroskopie des aufbereiteten Abstrichs
- Sperma: z.B. Saure Phosphatase

bezogen auf die Kleidung des Kindes/Jugendlichen, Bettwäsche, etc.:

- Fremd-DNA

Potenziell benetzte Kleidungsstücke (auch mehrfach gewaschene Kleidung) **sollen** getrocknet und in Papier rechtssicher gelagert werden. Die erfolgreiche Untersuchung ist nachweislich noch Wochen bis Monate nach einem körperlich-sexuellen Übergriff möglich. Die Beweiskette **soll** erhalten werden.

Die Laboruntersuchungen **sollen** in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.

125. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einer akuten Intoxikation **sollte** eine toxikologische Untersuchung des (ersten) Urins und Serums zeitgleich mit der Spurensicherung durchgeführt werden.

In einem forensisch-akkreditierten Laboratorium findet die Untersuchung einer Rückstellprobe statt.

126. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **sollten** eine geschlechts- und entwicklungsspezifische Exploration des psychischen Befindens und Diagnostik zur Feststellung einer möglichen Traumatisierung und zur Einschätzung des Grades der Traumatisierung durchgeführt werden.

127. Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch Misshandlung und/oder Vernachlässigung **sollte** ein sexualisiertes Verhalten entsprechend dem Alter, dem Geschlecht und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden.

Evidenz für die Einschätzung von sexualisiertem Verhalten liegt bei Kindern von zwei bis sechs Jahren vor (Beispiele sind in der Referenz-Leitlinie von Kellogg et al. 2009 beschrieben; siehe Evidenzbericht).

VORGEHEN:

VERDACHT AUF SEXUELL/KÖRPERLICHEN ÜBERGRIFF*

NOTWENDIGKEIT VON UNTERSUCHUNGEN

FESTLEGEN

im multiprofessionellen Team zusammen mit den Minderjährigen (Zeitpunkt und Art des Übergriffes berücksichtigen)

AUSTAUSCH

Die Ergebnisse aller Untersuchungen im (medizinischen) Team auswerten



ORIENTIERUNG DER SITUATION

- Was? ▪ Wer? ▪ Wann? ▪

Minderjährige

- Beschwerden ▪ Wille ▪ Sicherheit
- Zuständigkeiten ▪ Wohlbefinden ▪

UNTERSUCHUNGEN

- Körperliche Untersuchung mit/ohne anogenitale Untersuchung
- Sexuell übertragbare Erreger
- Schwangerschaftstest
- Toxikologie
- Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)
- Strukturierte Befragung → ggf. Forensisches Interview
- Feststellung psychischer Status

Das Einverständnis einwilligungsfähiger Minderjähriger oder Personensorgeberechtigter muss vorliegen.

PLANUNG

mit allen Beteiligten

- Weiteres Vorgehen?
- Wer muss einbezogen werden?
- Welchen Bedarf hat der_die Minderjährige?

• MAXIMUM AN INFORMATION • MINIMUM AN ZUSÄTZLICHER TRAUMATISIERUNG •

KEINE UNTERSUCHUNG ERFOLGT GEGEN DEN WILLEN DER KINDER UND JUGENDLICHEN

*Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Kohorte der Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die aufgrund eines körperlich-sexuellen Übergriffes untersucht werden. Spezielle Handlungsempfehlungen zur psychologischen Evaluation oder zu sexuellem Missbrauch in Zusammenhang mit bspw. Pornographie liegen nicht vor.

(Zeitlicher) Ablauf möglicher Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Liegt ein Ereignis mit oder ohne körperlich-sexuellen Übergriff* vor?

*Kriterien für einen körperlich-sexuellen Übergriff

- Kontakt mit den Genitalien, Samen, Blut oder Speichel des_der Täters_in
- stattgehabter Kampf, der Haut oder Blut des_der mutmaßlichen Täters_in auf dem Körper des Opfers hinterlassen haben könnte
- mögliche Kontamination auf Kleidung oder Körper des Opfers

Untersuchungen	Zeit zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff		
	<24 Stunden	24 Stunden bis 7 Tage	>7 Tage
ausführliche Anamnese	Soll		
Ganzkörperuntersuchung	Soll		
Strukturierte Anamnese mit Checklist (z.B. P-SANE)	Soll	Sollte	Sollte
Strukturierte anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops (siehe Nr. 114) und fotodokumentiert	Soll	Sollte	Kann
Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger (NAAT/PCR): <u>Urinuntersuchung</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Chlamydia trachomatic</i> 2. <i>Neisseria gonorrhoea</i> 3. <i>Trichomonas Vaginalis</i> <u>Anale Abstriche</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Chlamydia trachomatic</i> 2. <i>Neisseria gonorrhoea</i> 	Soll	Sollte	Sollte
Therapie nach Aktuelle POSTEXPOSITIONSSPROPHYLAXE			
Schwangerschaft? (Abklärung und Beratung bei Mädchen im gebärfähigen Alter)	Soll	Sollte	Sollte
Spurensuche (DNA, Samen, Sperma) Die Laboruntersuchungen sollen in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.	Soll	Sollte	Sollte (betrifft nur Kleidung, Bettwäsche etc.)
Strukturierte Befragung (4 – 18 Jahre)	>24 Std.	Sollte	Sollte
Feststellung psychischer Status	>24 Std.	Sollte	Sollte

- **Ein multiprofessionelles Team prüft für jeden Einzelfall anhand des Ereignisses die Notwendigkeit & Relevanz der Untersuchungen und legt Reihenfolge & Zeitpunkt der Untersuchungen fest.**
- **Keine Untersuchung erfolgt gegen den Willen der Kinder und Jugendlichen.**
- **Das Einverständnis einwilligungsfähiger Minderjähriger oder Personensorgeberechtigter muss vorliegen.**

Hinweise [„Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“](#) (2018)

Abschnitt 1: Körperliche Befunde

A. Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern

Befunde, die Offenlegungen eines Kindes, missbraucht worden zu sein, weder ausschließen noch bestätigen.

Normvarianten

1. Normale Variationen des Hymens

- a. Anuläre Hymenalkonfiguration: Hymen vollständig um Introitus vorhanden, einschließlich 12 h Position
- b. Semilunäre Hymenalkonfiguration: Hymensaum partiell im Bereich oberhalb von 9 bis 3 h fehlend
- c. Hymenalatresie: keine Hymenalöffnung vorhanden
- d. Mikroperforiertes Hymen: Hymen mit einer oder mehreren kleinen Öffnungen
- e. Septiertes Hymen mit einem oder mehreren Septen in der Hymenalöffnung
- f. Wulstiges, fimbrienförmiges ("überschüssiges") Hymen mit multiplen übereinander gefalteten Klappen
- g. Hymen mit Anhängsel am Hymensaum
- h. Hymen mit höckerartiger Erhöhung oder Höcker an beliebiger Stelle des Hymensausms
- i. Jegliche Kerbe oder Spalte des Hymens oberhalb der 3 bis 9h Position, unabhängig von ihrer Tiefe
- j. eine Kerbe oder Spalte des Hymens unterhalb der 3 bis 9 Uhr Position, die sich nicht bis zur Basis des Hymens erstreckt
- k. Glatter, vollständig schmal wirkender Hymensaum; der den Eindruck einer vergrößerten Vaginalöffnung erweckt

2. Periurethrale oder vestibuläre Bänder

3. Intravaginale Längsgrate (Schleimhautfalten und Säulen)

4. Externe hymenale Grate (Schleimhautfalten)

5. Diastasis ani - medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk

6. Perianale Hautanhängsel

7. Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal bei dunkelhäutigen/farbigen Kindern

8. Urethrale Dilatation bei labialer Traktion

9. Anatomische Normalbefunde der Mittellinie

- a. Rillen der Fossa (beobachtet in der frühen Adoleszenz)
- b. Fehlende Fusion der Mittellinie (Perineale Rinne)
- c. Mediane Raphe (verwechselt mit einer Narbe)
- d. Linea vestibularis (avaskulärer Bereich der Mittellinie)

10. Visualisierung der Linea pectinata/dentata an der Verbindung von Anoderm (Analkanalhaut) und rektaler Mukosa (beobachtet bei vollständiger Dillatation des Anus)

11. Partielle Dillatation des externen Analschließmuskels bei geschlossenem internen Schließmuskel, wodurch beobachtet wurde, dass ein Teil der Analschleimhaut über die Linea dentata hinausragte und mit einer Verletzung verwechselt werden könnte

B. Befunde meist durch andere medizinische Ursachen als Verletzungen oder Sexualkontakt verursacht werden

12. Erytheme/Rötung genitaler Gewebe

13. Vermehrte Vaskularisierung des Vestibulums/Hymen

14. Labiale Adhäsionen/Synechien

15. Brüchigkeit der „Posterior Fourchette“

16. Vaginaler Ausfluss ohne Zusammenhang einer sexuell übertragbaren Infektion

17. Anale Fissuren

18. Perianale venöse Stauung oder Gefäßerweiterung

19. Anale Dilatation bei Kindern mit prädisponierenden Umständen, wie aktuelle Symptome oder

Anamnese einer Obstipation und/oder Enkopresis oder Kinder mit Sedierung, Vollnarkose oder eingeschränkten neuromuskulären Tonus aus anderen Gründen, beispielsweise postmortal

C. Befunde, die mit sexuellem Missbrauch verwechselt werden können

20. Urethralprolaps

21. Lichen sclerosus et atrophicus

22. Ulzerationen der Vulva, z.B. aphtöse Ulzerationen der Ulzeration des Morbus Behcet

23. Erytheme, Inflammation und Fissuren perianaler oder genitaler Gewebe durch bakterielle, mykotische, virale, parasitäre oder andere Infektionen, die nicht sexuell übertragen sind

24. Rektumprolaps

25. Rote/lila Verfärbung genitaler Strukturen (einschließlich Hymen) durch livide Verfärbung postmortem, bestätigt durch histologische Untersuchung

D. Befunde ohne Expertenkonsensus bzgl. der Interpretation eines sexuellen Kontaktes oder einer Verletzung

Die Befunde 27 und 28 sollen durch zusätzliche Untersuchungspositionen und/oder -techniken bestätigt werden, um sicherzustellen, dass es sich nicht um Kerben oder Spalten des Hymens (Normvarianten 1.i und 1.j) oder auch um eine ehemalige Verletzung (Befund 37) handelt.

26. Vollständige Analdilatation mit Entspannung der inneren und äußeren Schließmuskeln, in Abwesenheit anderer Begleitumstände (Verstopfung, Enkopresis, Sedierung, Anästhesie und neuromuskuläre Erkrankungen)

27. Eine Kerbe oder Spalte des Hymens unterhalb der 3 bis 9 Uhr Position, die sich fast bis zur Basis des Hymens erstreckt, aber keine vollständige Durchtrennung des Hymenssaums darstellt. Dies ist ein seltener Befund, der mit Vorsicht interpretiert werden sollte, es sei denn, eine akute Verletzung wurde an gleicher Stelle dokumentiert.

28. (Tiefe) Spalte, die scheinbar auf 3 bis 9 h Position den Hymenssaum durchtrennt

E. Durch Trauma und/oder sexuellen Kontakt verursachte Befunde

Die folgenden Befunde unterstützen die Angabe eines Missbrauchs soweit vorliegend und sind hochgradig hinweisend auch ohne Aussage, es sei denn es wird zeitnah ein klarer, plausibler akzidenteller Mechanismus durch das Kind und/oder die Eltern angegeben. Diese Befunde sollten durch zusätzliche Untersuchungspositionen und/oder -techniken bestätigt werden.

1) Frische Verletzungen im Anogenitalbereich

29. Frische akute anogenitale Lazerationen (Einrisse) oder Hämatome der Labien, des Penis, Skrotums oder Perineums

30. Frische Lazeration (Einriss) der "Posterior fourchette" ohne Hymenbeteiligung

31. Hämatome, Petechien oder Abschürfungen des Hymens

32. Frische Lazerationen des Hymens; jeglicher Tiefe, teilweise oder vollständig

33. Lazerationen der Vagina

34. Perianale Lazerationen mit Freilegen von Gewebe unter der Dermis

2) Residuen und abheilende Verletzungen im Anogenitalbereich

35. Perianalnarbe (ein sehr seltener Befund, der schwer zu diagnostizieren ist, es sei denn, eine akute Verletzung wurde zuvor an gleicher Stelle dokumentiert)

36. Narbe der posterioren Fourchette oder Fossa (ein sehr seltener Befund, der schwer zu diagnostizieren ist, es sei denn, eine akute Verletzung wurde zuvor an gleicher Stelle dokumentiert)

37. Verheiltes Hymen, teilweise/vollständiger Spalt – ein Defekt unterhalb der 3 bis 9 h Position, der sich bis oder durch die Basis des Hymenssaums erstreckt, ohne dass an dieser Stelle

Hyminalgewebe erkennbar ist

38. Anzeichen von FGM oder Schnitten mit Verlust von Anteilen oder des gesamten Präputiums (Klitorishaube), der Klitoris, der kleinen oder großen Labien oder vertikale lineare Narben der Klitoris (FGM Typ 4)

Abschnitt 2: Infektionen

A. Infektionen ohne Bezug eines Sexualkontaktes

39. Vaginitis verursacht durch Pilze (Candida albicans) oder nicht sexuell übertragbare Bakterien (Streptococcus Typ A/Typ B, Staphylococcus sp, Escherichia coli, Shigella oder gram-negative

Bakterien)

40. Genitale ulcera verursacht durch virale Infektionen (Epstein-Barr Virus oder andere respiratorische Viren)

B. Infektionen, die sowohl durch nicht-sexuellen als auch durch sexuellen Kontakt übertragen werden können. Die Interpretation dieser Infektionen erfordert zusätzliche Informationen (z.B. gynäkologische Anamnese der Mutter (HPV), der Anamnese des Kindes (orale Läsionen bei HPV) oder die Suche nach weiteren betroffenen Körperstellen des Kindes (Mollusken).

41. Molluscum contagiosum im Anogenitalbereich. Bei Kleinkindern ist die Übertragung höchstwahrscheinlich nicht sexuell. Eine Haut-zu-Haut-Übertragung bei Jugendlichen wurde beschrieben.

42. Condyloma acuminatum (HPV) im Anogenitalbereich. Bei Warzen, die zum ersten Mal nach dem 5. Lebensjahr auftreten, ist eine Übertragung durch Sexualkontakt möglich.

43. Infektion mit HSV Typ 1 oder 2 im Mund-, Anal- oder Genitalbereich

C. Infektionen verursacht durch Sexualkontakt, außer bei Belegen für perinatale Übertragung oder unabhängig dokumentierte nicht-sexuelle Übertragung

44. Genitale, rektale oder pharyngeale Infektion mit Neisseria gonorrhoe

45. Syphilis

46. Genitale oder rektale Infektion mit Chlamydia trachomatis

47. Infektion mit Trichomonas vaginalis

48. Infektion mit HIV, soweit eine Bluttransfusion oder Nadel-Kontamination ausgeschlossen wurde

Abschnitt 3: Befunde verursacht durch Sexualkontakt

49. Schwangerschaft

50. Nachweis von Spermien oder Sperma direkt vom Körper eines Kindes

Geschwisterkinder

128. Bei Kontaktkindern **solte** dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung nachgegangen werden, wenn bei dem Indexpatienten eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung festgestellt wurde. Die Einschätzung **solte** im multiprofessionellen Team (z.B. Kinderschutzgruppe) erfolgen.

129. Bei Indexpatienten mit einer schweren körperlichen Misshandlung* **sollten** Kontaktkinder unter anderem körperlich untersucht werden und es **solte** eine radiologische Diagnostik nach klinischen Anhaltspunkten durchgeführt werden.

Falls diese Kontaktkinder < 24 Monate sind, sollte ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden (siehe Nr. 83 & Nr. 85).

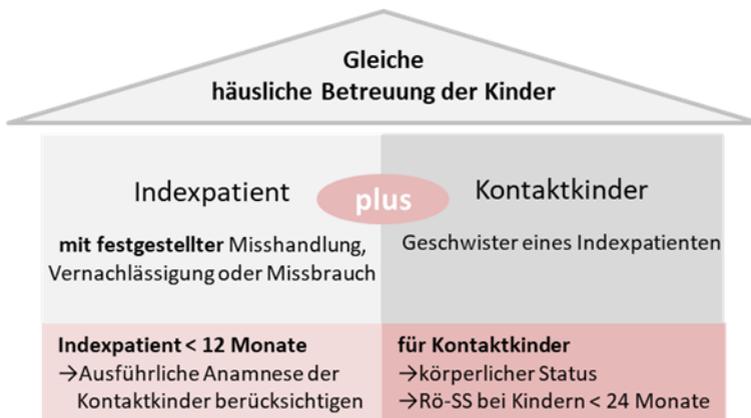
*Schwere körperliche Verletzungen wie Frakturen, Verbrennungen, Schädelhirnverletzung oder viszerale Verletzungen oder intensivmedizinische Versorgung oder Tod aufgrund einer körperlichen Misshandlung

130. Zur Einschätzung einer möglichen körperlichen Misshandlung von Kindern < 12 Monate **solte** unter anderem die ausführliche Anamnese* der Geschwister herangezogen werden.

* Die ausführliche Anamnese beinhaltet die medizinische Anamnese (Jetzt-, Eigen- und Familienanamnese zur Krankengeschichte) und die Sozialanamnese. Die Daten zum Patienten werden über den Patienten selbst oder Dritte (wie z.B. Eltern, zuständige Ärzte_innen und Psychotherapeuten_therapeutinnen, Therapeuten_innen etc.) erhoben. Im Einzelfall können die Daten mit Einverständnis der Personensorgeberechtigten z.B. über das Jugendamt oder betreuende Einrichtungen erhoben werden.

AUSGANGSSITUATION:

GESCHWISTER ALS KONTAKTKINDER



Der **Indexpatient** ist das Kind, das zuerst im System mit Verdacht auf eine oder mit einer Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung vorgestellt wird.

Kontaktkinder (0-18 Jahre) sind die Geschwister, Halb-, Stief- oder Adoptivgeschwister, sonstige Verwandte, Kinder und Jugendliche, die denselben Haushalt oder dasselbe Betreuungssetting teilen, in dem die (mutmaßliche) Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung des Indexpatienten bestand.

Interventionen für Eltern*

131. Misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen **sollen** Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung angeboten werden.

Belastbare Evidenz liegt für Einzelmaßnahmen wie die Parent-Child Interaction Therapy vor.

Ergänzung der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG):

Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe sind gleichfalls zu berücksichtigen, da diese Aufgabe nicht aus dem Gesundheitssystem allein getragen werden kann.

132. Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **sollen** durch einen theoretischen Ansatz geprägt sein, der sich mit den Fragestellungen zu misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Verhaltens der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen auseinandersetzt (z.B. Motivation der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen stärken, gefolgt von Eltern-Kind-Interaktion).

133. Die Therapie, Behandlung oder Einbindung der misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Personensorgeberechtigten/Bezugsperson **sollen** gezielt der Art der stattgehabten Kindesmisshandlung, missbrauch und/oder -vernachlässigung angepasst sein. Theoretische Ansätze für Maßnahmen **sollen** Bezug nehmen auf das Fehlverhalten dieser Person*, wie zum Beispiel destruktives Erziehungsverhalten, Fehlerzuschreibung, dysfunktionale Bindung und Interaktion zwischen dieser Person* und dem Kind, sowie ein Training der Erziehungskompetenz dieser Person* beinhalten.

**misshandelnde, vernachlässigende oder missbrauchende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen*

134. Bei Maßnahmen für misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **sollten** Kinder und Jugendliche in dem Maße einbezogen werden, soweit sie dem zustimmen.

AUSGANGSSITUATION: INTERVENTION FÜR ELTERN*

*MISSHANDELNDE, VERNACHLÄSSIGENDE ODER MISSBRAUCHENDE PERSONENSORGEBERECHTIGTE ODER BEZUGSPERSONEN



Angebote für Personensorgeberechtigte

Allgemeines Die Kinder- und Jugendhilfe verfügt über vielfältige Angebote und Leistungen für Eltern, insbesondere in belasteten Lebenslagen und bei familiären Risikokonstellationen. Viele Angebote werden präventiv oder zur Abwendung von Gefährdungen eingesetzt.

Frühe Hilfen Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden (NZFH).

Hilfen zur Erziehung Der Zugang zu Hilfen zur Erziehung im Rahmen des SGB VIII wird u.a. durch das Hinzuziehen des Jugendamtes geschaffen. Angebote für Hilfen zur Erziehung richten sich nach Verfügbarkeit und hängen von der lokalen sozialen Infrastruktur ab. Die Entscheidung zur Durchführung und Auswahl einer Maßnahme im Rahmen des SGB VIII wird über das jeweilige Jugendamt getroffen. Grundsätzlich haben Eltern einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung.

Ein niedrigschwelliges Angebot der Kinder- und Jugendhilfe als Hilfe zur Erziehung sind **Erziehungsberatungsstellen** mit einem unkomplizierten Zugang für Eltern. Erziehungsberatungsstellen sind flächendeckend in Deutschland vorhanden und können von den Eltern selbständig und direkt kontaktiert werden ohne das Wissen des Jugendamtes.

[Suche nach Beratungsstellen](https://bke.de/?SID=0C5-57D-D1F-AD5) kann unkompliziert hier erfolgen:
<https://bke.de/?SID=0C5-57D-D1F-AD5>

Informationen zur Leitlinie

Übersicht der Entwicklung



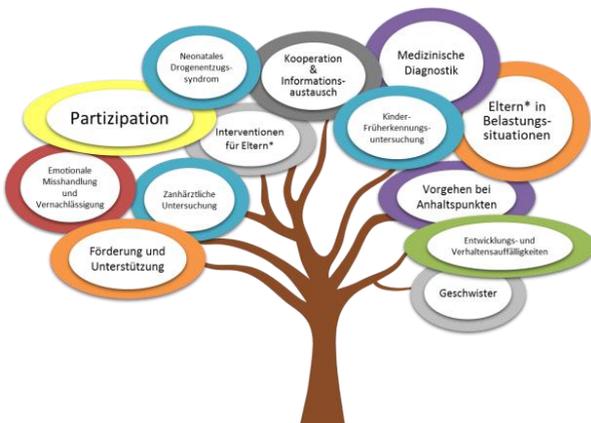
Dokumente der Leitlinie

Im Februar 2019 wurde die AWMF-S3 Leitlinie veröffentlicht. Die dazugehörigen Dokumente waren die Langfassung der Leitlinie mit 134 Handlungsempfehlungen, die Leitlinienversion für Kinder und Jugendliche und die systematische Darstellung der Leitlinie und der zugrunde liegenden Methodik als Leitlinienreport mit Evidenzaufbereitung.

Es wurden Hilfsmaterialien in Form von Kitteltaschenkarten veröffentlicht.

Themen der Leitlinie

Grundlage der Fragestellungen



in der Leitlinie abgebildeten Themenbereiche waren 476 reale Fälle, die von Fachkräften der unterschiedlichen Versorgungsbereiche anhand einer strukturierten Fallabfrage beschrieben und dann ausgewertet wurden.

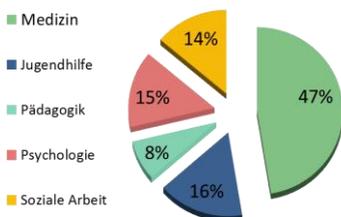
Wissenschaftliche Grundlage und Methodik

Die Grundlage der Leitlinie beruht auf dem [AWMF Regelwerk](#).

Literatur

Alle Handlungsempfehlungen beruhen auf der Literatur der Langfassung der Leitlinie.

Beteiligte Fachgesellschaften, Organisationen und Bundesbeauftragte und Bundesministerien



Es beteiligten sich 74 Fachgesellschaften und Organisationen aus den angegebenen Bereichen, 4 Bundesministerien, 2 Bundesbeauftragte, die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD, der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) und der Betroffenenrat des USBKM.

Abbildung: Kategorisierung der teilnehmenden Fachgesellschaften und Organisationen, die sich selbst den Versorgungsbereichen zuordneten (ausgenommen sind Bundesministerien, Bundesbeauftragte, AWMF, USBKM und Betroffenenrat)

Autoren der Leitlinie

Die Autoren sind in alphabetischer Reihenfolge dargestellt: Malou Blesken, Ingo Franke, Jürgen Freiberg, Maren Kraft, Lisa Kurylowicz, Michelle Rohde und Frauke Schwier.

Herausgeber

Kinderschutzleitlinienbüro, Universitätskinderklinik, Adenauerallee 119, 53113 Bonn, kinderschutzleitlinie.de

Zitierweise der Kurzfassung

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

Gültigkeit

Die Kurzfassung der Kinderschutzleitlinie ist bis zum Jahr 2024 gültig.

Download der Leitlinie

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>

Danksagung

Die Mitarbeitenden des Kinderschutzleitlinienbüros danken dem Gesundheitsministerium für seine Förderung und die Unterstützung durch seine Mitarbeitenden, der Universität Bonn und der Universitätsklinik Bonn für seine Unterstützung, den Bundesministerien und Bundesbeauftragten, den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen, den Mitarbeitenden der AWMF, insbesondere Frau Prof. Dr. Ina Kopp für ihre Unterstützung, Beratung und Moderation der Konsensuskonferenz und allen Mandatierten und Beteiligten der Leitlinie für ihren großen und überwiegend ehrenamtlichen Einsatz für die Erstellung der Leitlinie.

Erstveröffentlichung: 02/2019

Nächste Überprüfung geplant: 01/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

