



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

Notfall- und Informationskoffer: Kinderschutz in Arztpraxis, Notaufnahme und im Rettungsdienst

In Kooperation mit dem



2. Auflage
09/2024

VORWORTE	4
ARBEITSGRUPPE	7
NOTFALLKOFFER	8
WAHRNEHMEN	8
Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen	8
ERKENNEN	10
Nicht-akzidentelle Verletzungen	10
(Unfallbedingte) Hämatome bei Kindern mit körperlichen Einschränkungen	11
HANDELN	12
Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen aus der Kinderschutzleitlinie	12
Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung	14
▶ Handlungsoptionen im akuten/dringlichen Fall	14
▶ Handlungsoptionen bei weniger zeitkritischen Fällen	15
Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	16
▶ Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch	16
▶ Handlungsoptionen bei unklaren Fällen	17
RETTUNGSDIENST	18
▶ Kinderschutz im Rettungsdienst	18
▶ Handlungsoptionen bei unterschiedlichen Fallkonstellationen	19
▶ Übergabe des Kindes in der Klinik	20
Telefonnummernbogen (Vorlage)	21
Orientierung und Vergewisserung	22
Beratungsmöglichkeiten für ärztliches Personal	22
INFORMATIONSKOFFER	23
RECHTLICHE SITUATION	23
§ 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)	23
Entbindung der (ärztlichen) Schweigepflicht	25
HALTUNG	27
INTERAKTION	29
Aspekte zur Beschreibung der Interaktion/Anamnese	29
GESPRÄCHSFÜHRUNG	30
Mit den (möglicherweise) gefährdeten Kindern/Jugendlichen	30
Mit den Sorgeberechtigten	30
Formulierungsbeispiele	31
Reflektion der eigenen Haltung	32
Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen	33
DOKUMENTATION	34
FOTODOKUMENTATION	35
▶ Einwilligung in die Fotodokumentation	35
LINKS	38
▶ iGOBSIS	38
▶ RISKID	38
▶ Körperschemata	38

MATERIALIEN	39
Arbeitsmaterialien/weitere Informationsquellen	39
HILFSANGEBOTE	41
Für Kinder und Jugendliche	41
Für Eltern	41
ANHANG	43
KÖRPERSCHEMAVORLAGEN	43
▶ Körperschemavorlage Mädchen	43
▶ Körperschemavorlage Junge	44
IMPRESSUM	45

Der Notfallkoffer – mehr Sicherheit beim Handeln im Sinne des Kindeswohls

Wir Ärztinnen und Ärzte sind in unserem Gesundheitswesen an den unterschiedlichsten Stellen im Einsatz für unsere Patientinnen und Patienten: in der Praxis, im Krankenhaus, im MVZ, in der Notaufnahme oder im Gesundheitsamt. Wenn wir uns dort um Kinder kümmern, angefangen vom Säugling bis hin zum Jugendlichen, fällt uns immer eine besondere Verantwortung für den Schutz vor Kindeswohlgefährdungen zu. Wird uns ein Kind vorgestellt, das auffällige Verletzungen oder sichtbare Zeichen einer Misshandlung aufweist oder auch nur ein Verdacht darauf besteht, dann gehört es zu unseren Aufgaben, uns für den Schutz des Kindes einzusetzen – in einem möglichst strukturierten Vorgehen.

Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (Bundeskinderschutzgesetz) rechnet uns zu den Berufsgeheimnisträgern und regelt die Beratung und Übermittlung von Informationen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung. Wenn uns gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden, sollen wir mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Daraus ergibt sich, dass wir aufgrund unserer Garantenstellung als Berufsgeheimnisträger die Pflicht haben, tätig zu werden, wenn uns im Rahmen unserer Berufsausübung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden.

Vor einem entsprechenden Handeln sollte möglichst die eigene fachliche Information stehen, um erforderliche Informationen, Kontaktdaten von Ansprechpartnern oder Formulare schon griffbereit zu haben und im Bedarfsfall schnell handeln zu können. Ebenso sollten vorhandene professionelle Hilfsstrukturen genutzt werden. Um im Kinderschutz handlungsfähig zu sein, sind die Reflexion der eigenen Haltung und die Bewusstmachung der Beeinflussbarkeit durch subjektive Eindrücke unerlässlich.

Ich danke dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) sehr herzlich für die Erarbeitung und Herausgabe dieser hilfreichen Informationsbroschüre, die einen wertvollen Beitrag zum medizinischen Kinderschutz darstellt. Ebenso danke ich allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe Kinderschutz für deren Initiative und die Erarbeitung der Inhalte. Ich hoffe, dass der Notfallkoffer rege Nutzung erfährt und Ihnen beim Handeln im Sinne des Kindeswohls als gutes Hilfsmittel dienen wird.



Rudolf Henke
Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Zuverlässige Orientierung und Hilfe, ob in der Praxis oder der Notaufnahme

Ärztinnen und Ärzten kommt eine besondere Rolle bei der Sicherstellung von Kinder-
gesundheit und Kinderschutz zu. Sie sind Schlüsselpersonen, um Anzeichen für
Misshandlungen oder Vernachlässigungen bei Kindern zu erkennen und zu diagnosti-
zieren. Damit haben sie die Möglichkeit, den Opfern frühzeitig Schutz, geeignete
Interventionen und notwendige Therapien zukommen zu lassen. Zudem haben in
erster Linie niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater als Vertrauenspersonen
einen besonderen und unmittelbaren Zugang zu Kindern und ihren Eltern.

Gleichwohl ist es für die Kolleginnen und Kollegen nicht immer einfach, verdächtige
Verletzungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die auf Kindesmisshandlung hindeuten
können, zu erkennen. Der „Kindernotfallkoffer“ bietet als fundierter Leitfaden eine
zuverlässige Orientierung und Hilfe, ob in der Praxis oder der Notaufnahme. Er hilft
dabei, die richtigen Fragen zu stellen und ebenso fundierte Antworten zu finden: Wie
erkennt man Anzeichen auf Kindesmisshandlung? Wie soll gehandelt werden, wenn
ein Verdachtsmoment besteht? Ist man verpflichtet zu handeln? Wie sind die Eltern
eines Kindes anzusprechen? Was sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die
Schweigepflicht? Wie dokumentiert man sicher?

Von zentraler Bedeutung ist es, dass Kindeswohlgefährdungen frühzeitig erkannt
werden. Hierzu bedarf es neben einem tiefen Wissen insbesondere einer Kultur
des Hinsehens. Außerdem geht es darum, besonnen zu handeln und Hilfe zu vermit-
teln. Eine gute Fortbildung und eine intensive Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten
ist für das Erkennen von Kindeswohlgefährdungen und die Qualität des weiteren
Vorgehens von großer Bedeutung. Ganz entscheidend ist in diesem Kontext auch die
Fähigkeit, mit den Eltern über die wahrgenommenen Anhaltspunkte für eine Kindes-
wohlgefährdung zu sprechen, sie ins Hilfesystem zu vermitteln und dabei gleichzeitig
die bestehende Vertrauensbeziehung aufrechtzuerhalten.

Denn Kinder sollen die bestmöglichen Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen
haben. Sie haben ein Recht darauf, vor Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung
geschützt zu werden.



Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Wahrnehmen-Erkennen-Handeln – zum Wohle der Kinder

Im Alltag erkennt eine Ärztin oder ein Arzt, MFA oder eine in der Praxis oder Notaufnahme tätige Person bei einem der jungen Patientinnen und Patienten mögliche Anzeichen von Kindeswohlgefährdung. Was ist nun zu tun? Die Fälle von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, gerade auch in Corona-Zeiten, haben stetig zugenommen.

Im Auftrag seines Vorstandes hat sich das IQN, eine gemeinsame Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, zusammen mit einer Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten mit der Umsetzung befasst. Daraus ist ein Mix aus praktischer und theoretischer Information und Hilfestellung, in Form einer Fortbildungsreihe, Fachartikeln und dem vorliegenden Notfall- und Informationskoffer, entstanden.

Das IQN hat eine Fortbildungsreihe konzipiert, bei der die Schwerpunkte der einzelnen Veranstaltungen vom Erkennen der Kindeswohlgefährdung, über die Diagnostik und Dokumentation, bis hin zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen Arzt/Ärztin handeln darf, reichen.

Zur Vertiefung des Themas hat das IQN, gemeinsam mit der Arbeitsgruppe, diesen Notfall- und Informationskoffer erstellt. Er ist als wertvolles und nachhaltiges Instrument zur schnellen Bereitstellung der notwendigen Informationen und als Nachschlagewerk konzipiert. Er soll Sie dabei unterstützen:

- Kindeswohlgefährdung wahrzunehmen und zu erkennen
- Konsequent und zielgerichtet zu handeln
- Die eigene Haltung zum Thema zu reflektieren
- Die rechtlichen Aspekte einschätzen zu können

Es werden Ihnen Informations- und Arbeitsmaterialien sowie eine Liste relevanter Hilfsangebote für Arzt/Ärztin, Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche bereitgestellt.

Wir hoffen Sie mit dieser Broschüre zu unterstützen und freuen uns, zum Wohl der betroffenen Kinder und Familien, an dieser wichtigen Aufgabe beteiligt zu sein. Unser herzlicher Dank gilt allen Mitwirkenden!



**Dr. med.
Martina Levartz MPH**
Geschäftsführerin
des IQN



**Dr. med.
Sabine Mewes**
Stellv. Geschäftsführerin
des IQN

Arbeitsgruppe QM Kinderschutz

Prof. Dr. med. Sibylle Banaschak	Leitende Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der Universitätsklinik Köln und Leiterin des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW (KKG)	Institut für Rechtsmedizin	Köln
Dr. med. Britta Gahr	Bereichsleiterin der Rechtsmedizinischen Ambulanz für Gewaltopfer, Institut für Rechtsmedizin	Universitätsklinikum Düsseldorf	Düsseldorf
Prof. Dr. med. Bernhard Hemming MPH	Facharzt für Allgemeinmedizin	Praxis	Duisburg
Dr. med. Gabriele Komesker	Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leiterin der Kinderschutzambulanz am Ev. Krankenhaus	Kinderschutzambulanz	Düsseldorf
Dr. med. Ralf Kownatzki	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin, Vorsitzender RISKID e.V.	Praxis	Duisburg
Dr. med. Martina Levartz MPH	Fachärztin für Innere Medizin, Geschäftsführerin des IQN	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein	Düsseldorf
Dr. med. Sabine Mewes	Fachärztin für Innere Medizin, Stellvertretende Geschäftsführerin des IQN	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein	Düsseldorf
Dr. med. Monica Naujoks	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	Praxis	Düsseldorf
Leon Philipp	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter der Kinderschutzgruppe	Kinderklinik Helios Klinikum	Duisburg
Frauke Schwier	Fachärztin für Kinderchirurgie, Ärztliche Mitarbeiterin und Geschäftsführerin in der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)	Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz	Köln
Dr. med. Peter Seiffert	Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin, Senior Consultant der Kinder- und Jugendklinik	Kinderklinik Helios Klinikum	Duisburg

Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen

Der Begriff der **Kindeswohlgefährdung** wird üblicherweise in der Kinder- und Jugendhilfe verwendet und entspricht keiner medizinischen Diagnose. Wir verwenden den Begriff hier, um auch dem Gesetzestext zu entsprechen (§ 4 Bundeskinderschutzgesetz). Die medizinische Diagnosestellung erfolgt wie üblich nach ICD.

► *Hierzu: Diskussionspapier der Kinderschutzleitlinie*

Gewichtige Anhaltspunkte **beim Kind**, die auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen (können)*:

- Berichte des Kindes über kindeswohlgefährdende Ereignisse oder Umstände
- Bei Verletzungen
 - Geschilderte Anamnese ist nicht mit Verletzungen vereinbar
 - Ungewöhnliche Verletzungen, z. B.:
 - Sehr ausgeprägte Verletzungen (gleich welcher Art)
 - Ungewöhnliches Aussehen (bspw. musterartige Ausprägung, wie z.B. auch Bissverletzungen)
 - Ungewöhnliche („geschützte“) Lokalisation der Verletzungen (u.a. Lippen, Zähne, Mundinnenraum, Augenlider, Ohrmuschel, Gesäß, Genital etc.)
 - Nicht versorgte (alte) Verletzungen
 - Ungeklärte Verletzungen bei nicht-mobilen Kindern
 - Verletzung „unpassend“ für das Alter des Kindes; gesunde Neugeborene/Säuglinge haben keine Hämatome. Auch kleine, medizinisch nicht relevante Hämatome deuten auf einen unangemessenen Umgang mit dem Kind hin.
 - Vorsicht: Bei schweren inneren Verletzungen (z. B. Frakturen) können äußere Verletzungen fehlen! Das Schütteln eines Säuglings ist lebensgefährlich – und ebenfalls äußerlich nicht erkennbar.
- Auffällige Untersuchungsbefunde oder andere Hinweise auf eine Vernachlässigung der Gesundheitsfürsorge; fehlende/unzureichende Behandlung von Krankheiten
- Mangelnder Pflegezustand des Kindes
- Mangelnder Ernährungszustand des Kindes oder extreme Adipositas
- Unangemessene Kleidung

Gewichtige Anhaltspunkte das **Verhalten des Kindes** betreffend*:

- Distanzloses Verhalten
- Aggressives Verhalten
- Auffällige Verhaltensweisen (wiederholt) des Kindes, die nicht durch eine Grunderkrankung erklärbar sind
- Sprachentwicklungsstörungen
- Jede nicht anderweitig erklärbare Verhaltensänderung

*Die Aufzählung ist nicht vollständig, sie stellt nur eine Auswahl dar.

Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen

Anhaltspunkte, die **Sorgeberechtigten** bzw. das **elterliche Verhalten** betreffend*:

- Äußerungen der Patientin/des Patienten über eine häusliche Überforderung/Probleme
- Psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen bei den Eltern/der Mutter/dem Vater
- Hinweise auf elterliche Problematik
(z. B. Aggression, Gewaltpotential, Delinquenz, fehlende Bildung, Partnerschaftskonflikte)
- Familien in psychosozialen Belastungssituationen
(z. B. Armut, Arbeitslosigkeit, frühe und/oder alleinerziehende Elternschaft, sprachliche Isolation, Mehrlingsgeburt, Entwicklungsverzögerungen beim Kind)
- Drogenkonsum (unabhängig von der konsumierten Substanz) und anderes Suchtverhalten der Eltern (wie z. B. Spiel-, Sex-, und Kaufsucht)
- Unfähigkeit der Eltern Signale eines Neugeborenen/Säuglings/Kindes richtig zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren; Unfähigkeit, Bedürfnisse des Neugeborenen/Säuglings/Kindes zu erfüllen; fehlende Bindung zum Neugeborenen/Säugling/Kind
- Mangelnde Kooperation/Therapie-Compliance seitens der Eltern
 - Z. B. fehlendes Umsetzen von Empfehlungen, mangelnde Versorgung insbesondere chronisch kranker Kinder seitens der Eltern
 - Unterlassen der (regelmäßigen) medikamentösen Versorgung des Kindes, Unterlassen der U-Untersuchungen des Kindes
 - Mangelnde Einhaltung der (Nachsorge-)Termine bei/nach Erkrankung/Verletzung, (mehrfach) unentschuldigtes Versäumen von Behandlungsterminen; auffällig häufige Absage von Behandlungsterminen
- „Ärztelisting“ die Kinder betreffend
- Depressive, suizidale Gedanken bei der Mutter/dem Vater
- Gesundheitliche Einschränkungen, die die Versorgung eines Kindes beeinträchtigen
- Medikamentöse Behandlungen, die die Versorgung und Beaufsichtigung eines Kindes beeinträchtigen






Zu bedenken ist bei jedem Krankheitsaspekt, ob es eine **Auswirkung auf die Versorgung** oder auch **psychische oder körperliche Unversehrtheit** des Kindes haben könnte. Fragen Sie Erwachsene explizit, ob sie Verantwortung oder Sorgerecht für Kinder haben und/oder ob Kinder in ihrem Haushalt leben.

**Die Aufzählung ist nicht vollständig, sie stellt nur eine Auswahl dar.*

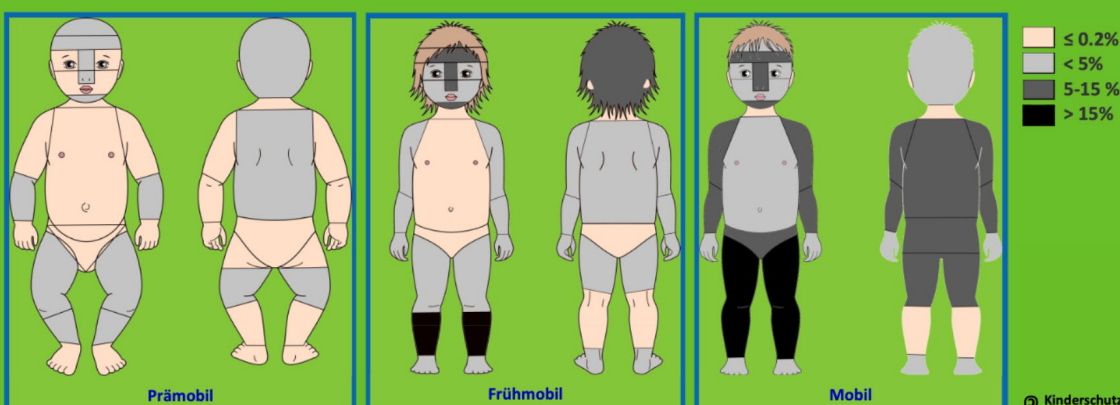
- ▶ *Handout KKG NRW:
Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen, modifiziert durch IQN*

Nicht-akzidentelle Verletzungen

(z. B. misshandlungsverdächtige Hämatome, Frakturen)

Verteilung der Hämatome bei gesunden Kindern unter 6 Jahren








© Kinderschutzleitlinie
AWMF-Register-Nr. 027 - 069

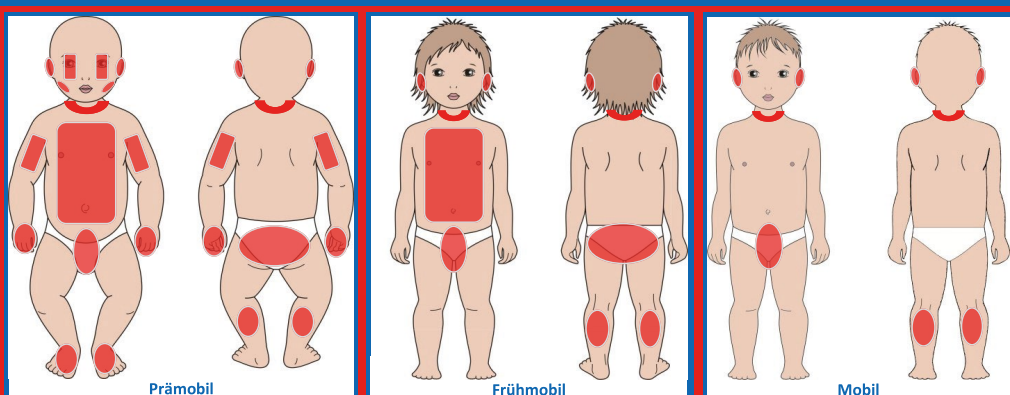
Achtung! Jedes **geformte Hämatom** ist bis zum Beweis des Gegenteils eine körperliche Misshandlung!

- nur 1 von 10 Säuglingen hat ein Hämatom (**prämobile Kinder**)
- 8 von 10 Kindern < 18 Monaten haben ein Hämatom (**frühmobile Kinder**)
- jedes Kind, das laufen kann, hat 1 bis 3 Hämatome, **davon 80% an den Schienbeinen (mobile Kinder)**

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 (siehe Kemp AM, et. al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307120).

Hotspots für körperliche Misshandlung



© Kinderschutzleitlinie

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

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

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

(Unfallbedingte) Hämatome bei Kindern mit körperlichen Einschränkungen

Signifikante Unterschiede bei Kindern mit körperlicher Behinderung ab 4 Jahre

„Percentage of children with injuries (bruises) according to site for typically developing children and children with disabilities“ (Auswahl)


Lokalisation	Kinder ohne Behinderung (Labbé & Caouette) N=1467	Kinder mit Behinderung (Goldberg et al.) N=50	P
Unterschenkel	50.1	12.0	<0.001
Oberschenkel	12.2	32.0	<0.001
Füße	4.3	30.0	<0.001
Hände	3.5	14.0	<0.001
Arme	3.0	24.0	<0.001
Rücken	4.3	18.0	<0.001
Abdomen/Becken	1.7	10.0	<0.001

Quelle: Goldberg et al. Bruising Frequency and Patterns in Children With Physical Disabilities. Pediatrics Volume 124. Number 2

Lokalisation von Hämatomen bei Kindern mit körperlicher Behinderung ab 4 Jahre

Unfallbedingte Hämatome

- Oberschenkel
- Füße
- Hände
- Arme
- Rücken
- Abdomen/Becken
- Unterschenkel



Hotspots

- Ohren
- Hals
- Gesäß
- Genitalien
- Oberkörper
- Unterschenkel



Quelle: Goldberg et al. Bruising Frequency and Patterns in Children With Physical Disabilities. Pediatrics Volume 124. Number 2

- Lokalisation von Hämatomen bei Kindern mit körperlicher Behinderung. Duckwitz & Schwier für den DGKiM AK Prävention. 2022, modifiziert durch IQN

Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen aus der Kinderschutzleitlinie

Nr. 63 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100 %)

Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen sollen* zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zu Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden (siehe Abb. 19 & Abb. 20).

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 soll* im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe, siehe Handlungsempfehlung Nr. 16) erfolgen.

Quelle: Anderst 2013; Harper et al. 2014; Kemp et al. 2014b;
LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2013; Maguire et al. 2005

Empfehlungsgrad A*

► *Kinderschutzleitlinie: Nr. 63*

Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen (Langfassung S. 223), modifiziert durch IQN

Nr. 64 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Starker Konsens (100 %)

Bei Kindern und Jugendlichen mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 63) soll* 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.

Quelle: Anderst et al. 2013; Collins et al. 2016; Kemp et al. 2015;
LoE 2++ bis 4 Maguire et al. 2005

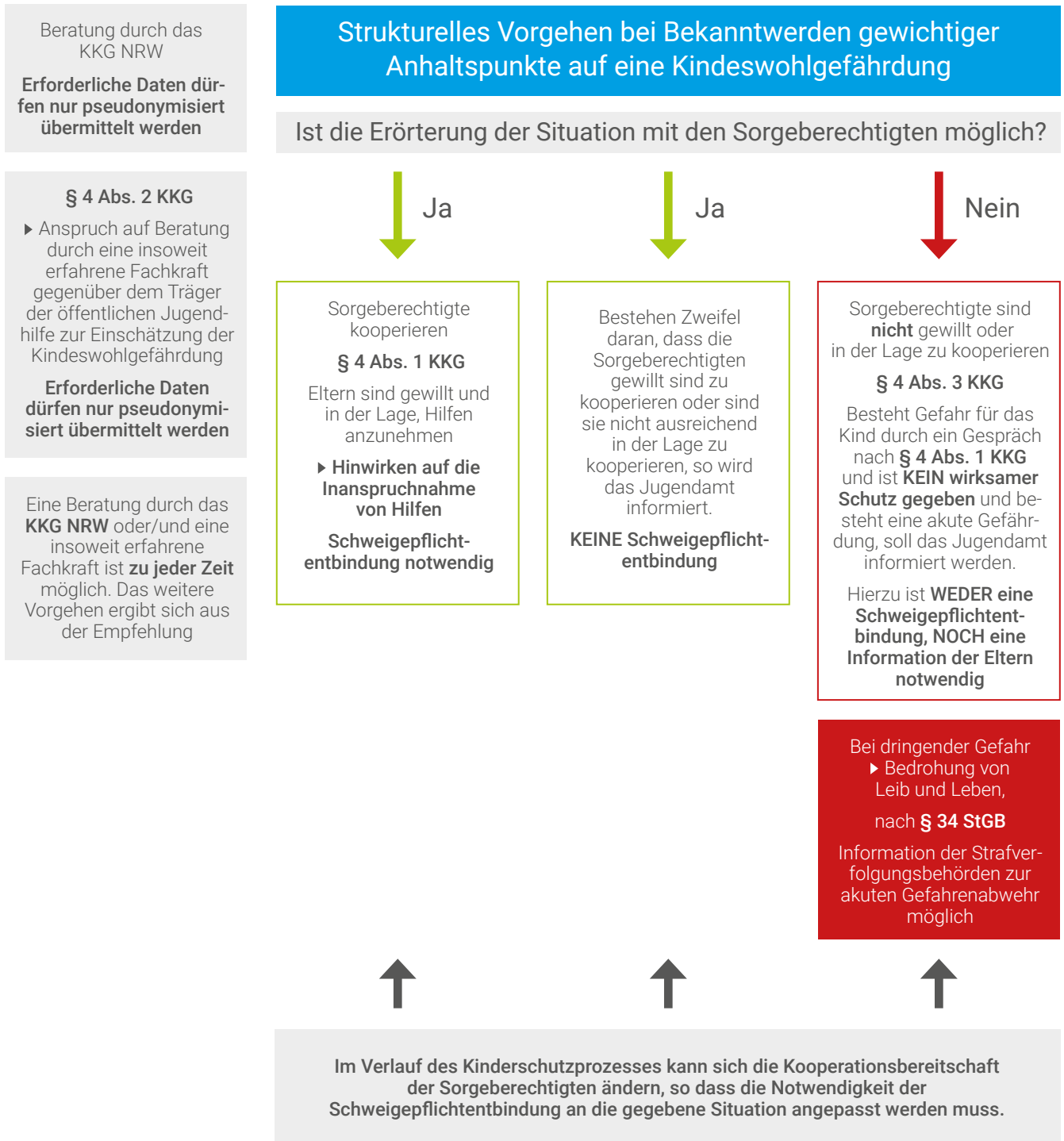
Empfehlungsgrad A*

► *Kinderschutzleitlinie: Nr. 64*

Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen (Langfassung S. 225), modifiziert durch IQN

Vor jedem Handeln sollte eine eigene **fachliche Beratung** stehen. Wie diese im konkreten Fall erfolgt, hängt von den Umständen ab. In NRW bietet zum Beispiel das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen Beratung an. Telefonnummern und Adressen finden Sie [hier](#).

Als Beispiel für ein strukturiertes Vorgehen gilt:



► *Handout KKG NRW: Entbindung der Schweigepflicht, modifiziert durch IQN*

Auch in der Kinderschutzleitlinie findet sich eine entsprechende Kitteltaschenkarte.

Beratungsangebote für Ärztinnen/Ärzte finden sich [weiter unten](#).

Vorgehen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und Hinweise zum weiteren Vorgehen

Sollten Sie den Verdacht auf eine **akute Kindeswohlgefährdung** haben (z. B. weil das Kind über Gewalt berichtet), die keiner akuten Krankenhauseinweisung bedarf, kontaktieren Sie bitte unmittelbar das Jugendamt. Ansprechpartner*innen können Sie bei der jeweiligen Stadtverwaltung erfragen. Es empfiehlt sich, dies im Vorfeld zu klären (siehe auch [Telefonnummernbogen und die Kontaktinformationen auf S. 21/22.](#)).

Handlungsoptionen im akuten/dringlichen Fall

Krankenhauseinweisung

Dass bei Verdacht auf schwerwiegende Verletzungen oder eine andere akute Gefährdungssituation eine Krankenhauseinweisung erfolgt, ist selbstverständlich. Um eine Kontrolle darüber zu haben, ob die Eltern/Betreuungspersonen mit dem Kind die Klinik aufsuchen (um damit sicherzustellen, dass das Kind angemessen versorgt wird), sollte das Kind in der Klinik angekündigt und/oder ein Rückruf vereinbart werden für den Fall, dass das Kind nicht eintrifft. Wird ein Transport mit dem Rettungsdienst veranlasst, sollte trotzdem eine Ankündigung in der Klinik erfolgen, um die erste Einschätzung direkt von Arzt zu Arzt zu vermitteln. Trifft das Kind nicht in der Klinik ein, sollte das Jugendamt oder ggf. auch die Polizei informiert und der Fall übergeben werden.

Je jünger das Kind ist, desto eher sollte eine stationäre Einweisung erfolgen, um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten. Eine Einweisung ist auch erforderlich, wenn eine (längere) Interaktionsbeobachtung erforderlich ist (z. B. bei Verdacht auf Vernachlässigung).

Achtung: Für körperliche Untersuchungen ist nicht nur das Einverständnis der Sorgeberechtigten, sondern alters-/entwicklungsabhängig auch das des Kindes/Jugendlichen einzuholen.

Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch im akuten Fall

Besteht Verdacht auf einen akuten sexuellen Missbrauch, sollte eine körperliche Untersuchung und Spurensicherung in der Klinik (Kinderschutzgruppe/Kinderschutzambulanz) erfolgen.

Zur zeitlichen Orientierung siehe Tabelle auf [Seite 16.](#)

Handlungsoptionen bei weniger zeitkritischen Fällen

Wenn die Situation als nicht dringlich eingeschätzt wird, lassen Sie sich zunächst beraten (siehe Schema weiter unten). Dies gilt immer, bei dem so genannten „schlechten Bauchgefühl“, um die Gründe dieses Gefühls zu eruieren und daraus weitere Handlungsoptionen abzuleiten.

Weiteres Vorgehen bei V. a. körperliche Gewalt gegen Kinder in der Praxis

- Hinzuziehen einer weiteren Person (MFA) und diese namentlich in der Patientenakte dokumentieren
- Exakte Dokumentation der Anamnese, Zitate wörtlich wiedergeben
- Kontaktaufnahme mit einer Kinderklinik, zur ambulanten Vorstellung (Kinderschutzambulanz) oder Beratung des weiteren Vorgehens
- Fotodokumentation, wenn möglich in der Praxis (Lineal + Farbkarte + Name des Patienten), sonst in der Klinik (Kinderschutzgruppe/Kinderschutzambulanz), möglichst am selben Tag

Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch:

- Bei länger zurückliegendem Vorfall: allgemeine körperliche Untersuchung in der Praxis (Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstatus); anogenitale Untersuchung mit zeitlichem Vorlauf organisieren, falls überhaupt notwendig (notwendig z. B. bei Wunsch des Kindes oder auch der Eltern)
- Klärung von Verdachtsfällen durch eine Risikoeinschätzung: je nach lokalen Strukturen in der Klinik (meist über Kinderschutzambulanz) bzw. ambulant (z. B. Kinderschutzzentrum)

Eine körperliche Untersuchung und insbesondere anogenitale Untersuchung (mit Kolposkop) findet **nur bei Kooperation des Kindes** statt. Zwangsmaßnahmen sind – außer bei blutenden Verletzungen – kontraindiziert, sollten aber ausschließlich im klinischen Setting stattfinden, damit die Versorgung direkt erfolgen kann.

Spurensicherungsmaßnahmen dürfen nur erfolgen, wenn die **sichere Lagerung** der entnommenen Proben (Abstriche) geregelt ist. Sichere Lagerungsorte sind z. B. rechtsmedizinische Institute oder eine Lagerung über das Projekt [iGOBSIS](#).

Ablauf möglicher Untersuchungen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch

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

Untersuchung	Zeit zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff		
	<24 Stunden	24 Stunden bis 7 Tage	>7 Tage
Ganzkörperuntersuchung	Soll	Soll	Soll
Ausführliche Anamnese	Soll	Soll	Soll
Anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops	Soll	Sollte	Kann
Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger	Soll	Sollte	Sollte
Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)	Soll	Sollte	Sollte
Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)	Soll	Sollte	Sollte <i>(betrifft nur Kleidung, Bettwäsche etc.)</i>
Feststellung psychischer Status	>24 Std.	Sollte	Sollte



Für jeden Einzelfall: Prüfung durch ein multiprofessionelles Team

- Anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unter Zuhilfenahme des Videokolposkops
- Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger
- Schwangerschaftstest (Mädchen im gebärfähigen Alter)
- Spurensuche (DNA, Samen, Sperma)
- Feststellung des psychischen Status



Welches Ereignis liegt vor?

- Notwendigkeit & Relevanz prüfen
- Zeitpunkt & Reihenfolge festlegen



Zur Beachtung: Einverständnis!

Keine Untersuchung erfolgt gegen den Willen der Kinder und Jugendlichen.

Das Einverständnis einwilligungsfähiger Minderjähriger oder Personensorgeberechtigter muss vorliegen.



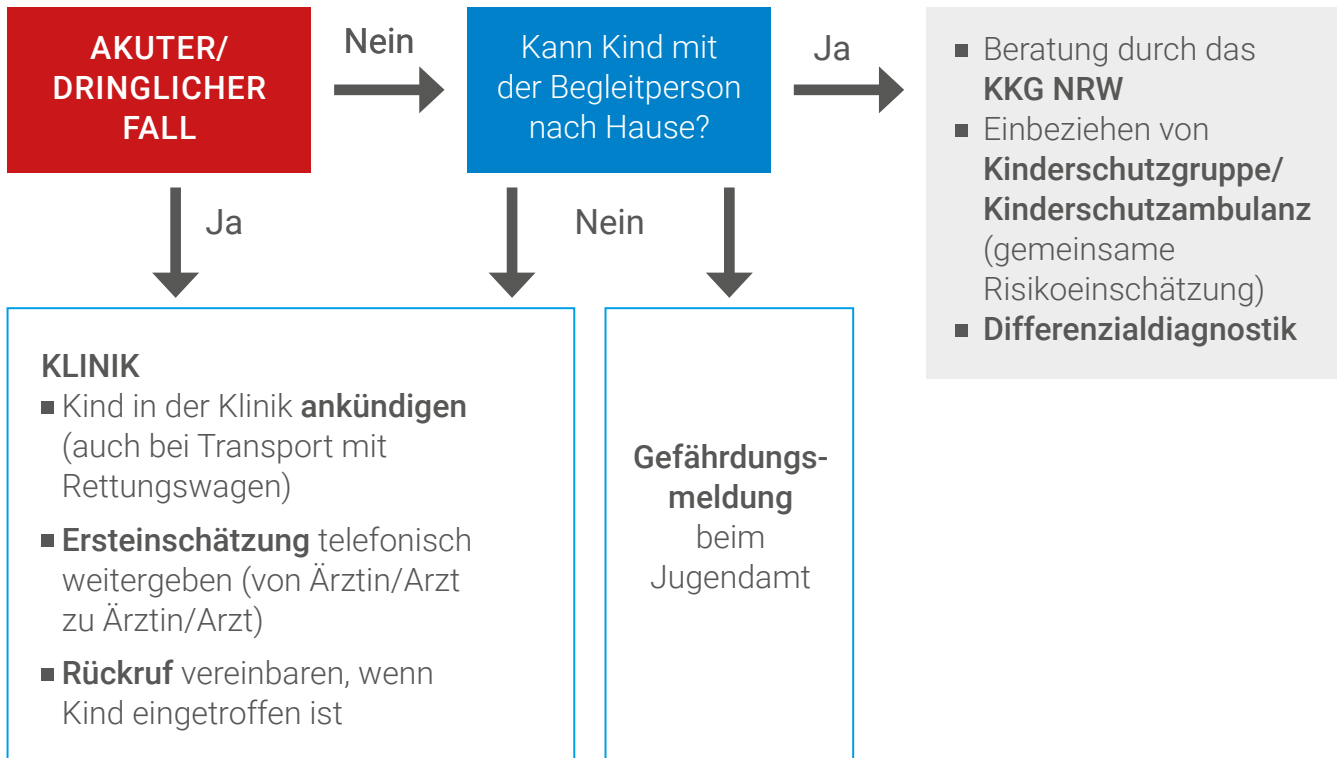
Auswertung aller Befunde

Ist eine Bestätigung oder eine Entkräftung des Verdachtsfalles möglich?

Weiteres Vorgehen und Verantwortlichkeiten festlegen.

Handlungsoptionen bei unklaren Fällen

Hier gilt, diese Kinder „im Auge“ zu behalten, z. B. durch geeignete Markierungen in der Patientendokumentation, Vereinbarung von Kontrollterminen etc. (cave: die Nicht-Einhaltung muss Konsequenzen haben), RISKID-Ärztinnen und Ärzte: Patient*innen evtl. zusätzlich in RISKID eingeben. Eine Beratung kann auch in diesen Fällen jederzeit erfolgen und kann zur Festlegung des weiteren Vorgehens ebenfalls hilfreich sein.



Für den Fall, dass eine Gefährdungsmeldung beim Jugendamt notwendig wird, finden Sie hier ein Formular für die Meldung:

Link https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/Formular_A4_Kindeswohlgef_an_Jugendamt_WEB.pdf

Kinderschutz im Rettungsdienst

Bei jedem Einsatz: Bestehen Anzeichen für die Anwesenheit von (unversorgten) Kindern?

→ Kinder müssen als **Patienten**, aber auch als **(unversorgte) Angehörige** wahrgenommen werden.

Die Mitarbeitenden im Rettungsdienst bekommen bei Einsätzen, gerade im häuslichen Milieu, ungefiltert Einblicke in Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien, die anderen Akteur*innen des medizinischen Helfersystems meist verwehrt bleiben. Ein aufmerksames und geschultes Auge des Rettungsdienstpersonals kann Kindeswohlgefährdungen wahrnehmen und Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen einleiten.

Nach § 4 KKG sind auch Mitarbeitende des Rettungsdienstes befugt, bei „gewichtigen Anhaltspunkten“ für eine Gefährdung des Kindeswohls tätig zu werden. Gefährdungen für das Kind können auf unterschiedliche Weise sichtbar werden. Gewichtige Anhaltspunkte, die dem Rettungsdienstpersonal auffallen könnten sind z. B.:

■ **Beim Kind und evtl. vorhandenen weiteren Kindern (Geschwister):**

Ungewöhnliche Verletzungen (Hämatome: geformt, Mehrzeitigkeit ...), thermische Verletzungen (Verbrühen durch Eintauchen „socken- und handschuhförmig“), nicht versorgte ältere Verletzungen, unterschiedliche Angaben der Eltern zu Verletzungen oder fehlende Erklärung, Anamnese und Befund nicht sicher vereinbar, offensichtliche Vernachlässigung (Kleidung, Pflegezustand, Unter- oder Überernährung), auffällige Verhaltensweisen des Kindes (sehr distanziert bis distanzlos)

■ **Bei den anwesenden Erwachsenen:**

Beeinflussung durch Alkohol/Drogen, aggressives Verhalten dem Kind, der Partnerin, dem Partner oder Rettungskräften gegenüber, verwaarloster Körperzustand, akut psychotischer Zustand/augenscheinlich psychische Erkrankung

■ **An den Wohnverhältnissen:**

Verwaarlost, desolat, unhygienisch, offen herumliegende gefährliche Gegenstände (Waffen, (illegale) Drogen, Alkohol, Zigaretten, Sex-Spielzeuge oder pornografisches Material), fehlende kindgerechte Umgebung (kein oder altersinadäquater Schlafbereich/Spielbereich), unangemessen viele Haustiere

Kinderschutz im Rettungsdienst

Handlungsoptionen bei unterschiedlichen Fallkonstellationen

Der Rettungsdienst kann aus unterschiedlichen Gründen in ein Setting gerufen werden, in dem sich ein potentiell gefährdetes Kind aufhält. Das Kind selbst kann dabei die Patientin/der Patient sein oder das Kind ist anwesend, während der Einsatz primär einer anderen Person gilt.

Im Notfalleinsatz bleibt keine Zeit für eine ausführliche Gefährdungseinschätzung, wie sie durch ein spezialisiertes Kinderschutzteam vorgenommen werden könnte. Einsatzkräfte vor Ort stehen vor der Herausforderung (zügig) Entscheidungen treffen zu müssen. Anhand der (häufig wenigen) Informationen, die den handelnden Personen im Akutfall zur Verfügung stehen, müssen entsprechende Optionen geprüft werden.

Das Kind ist akut gefährdet und eine weiterführende Diagnostik indiziert

→ Mitfahrt in die Klinik

Das Kind ist akut gefährdet und eine weiterführende Diagnostik indiziert, Eltern verweigern die Mitfahrt in die Klinik

→ Polizei

Akute Gefahr § 34 StGB

→ Und ggf. Jugendamt

Das Kind ist nicht akut gefährdet und kann (vorerst) im häuslichen Umfeld bleiben

→ Meldung beim Jugendamt im Nachhinein

→ Beratung durch „insoweit erfahrene Fachkraft“ und/oder KKG NRW

Das Kind ist nicht akut gefährdet (die Lebensumstände entsprechen nicht den eigenen Ansprüchen, aber es ist von keiner Gefährdung des Kindes auszugehen)

→ (Vorerst) keine Meldung

→ Beratung durch „insoweit erfahrene Fachkraft“ und/oder KKG NRW

Merke:

Das Rettungsdienstpersonal kann die Situationen nicht lösen, aber einen wichtigen Anstoß für Hilfemaßnahmen geben, die sonst unterbleiben würden.

Für den Fall, dass eine Gefährdungsmeldung beim Jugendamt notwendig wird, finden Sie hier ein Formular für die Meldung:

Kinderschutz im Rettungsdienst

Wichtig:

Um im Bedarfsfall unverzüglich handeln zu können, sollten die Leitstellen Kenntnisse zu den Jugendämtern in ihrem Einzugsbereich und den jeweiligen Ansprechpersonen haben, sowie deren Telefonnummern, die auch außerhalb der üblichen Dienstzeit erreichbar sind.

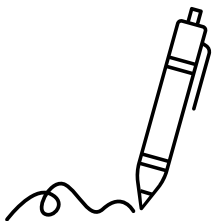
Es empfiehlt sich dringend, zentral eine Liste mit den Erreichbarkeiten anzufertigen und diese griffbereit zu halten. Auch sollten, wenn eine Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten nicht gegeben ist, Absprachen mit dem Jugendamt getroffen werden, wie dann vorzugehen ist. Wir verweisen diesbezüglich auch auf unseren [Telefonnummernbogen und die Kontaktinformationen auf S. 21/22](#).

Übergabe des Kindes in der Klinik

Bei Übergabe des Kindes in eine Klinik müssen die präklinischen Verdachtsmomente sicher und eindeutig an die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden. In welcher Form dies geschieht, ist nicht geregelt. Die Erfahrung lehrt, dass **schriftliche Mitteilungen** zur späteren Nachvollziehbarkeit geeigneter sind; bei handschriftlicher Abfassung ist stets auf die **Lesbarkeit** zu achten.

- Die Verdachtsmomente sollten **klar, sorgfältig und detailliert** sowie **neutral** formuliert werden.

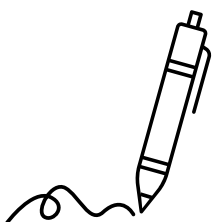
Beispiel:



„Desolate Wohnverhältnisse: Wohnung stark verraucht, fehlende kindgerechte Umgebung (lediglich ein Kinderbett vorhanden).“

- Die **Namen** der an diesem Übergabeprozess beteiligten Personen sollten dokumentiert werden, um evtl. Nachfragen an die richtige Ansprechperson zu ermöglichen.
- Weiterhin sind **sämtliche Entscheidungen und Vereinbarungen** deutlich zu machen: Wer informiert bspw. das Jugendamt über den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung? Wer steht bei Rückfragen seitens des Rettungsdienstteams zur Verfügung?

Beispiel:



„Meldung beim Jugendamt durch den Rettungsdienst am nächsten Morgen. Meldung durch Stationsärztin beim Jugendamt zum klinischen Zustand und Ergebnisse der Diagnostik ebenfalls am nächsten Morgen. Bei Rückfragen stehen seitens des Rettungsdienstes xxxxx zur Verfügung, erreichbar unter: xxxxxx.“

Telefonnummernbogen (Vorlage)

Damit im Bedarfsfall unverzüglich gehandelt werden kann, empfehlen wir Ihnen, sämtliche für Sie relevanten Nummern bereit zu halten.

	Telefon	Fax	E-Mail
Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen NRW	0221 478 40 800	0221 478 88 223	kkg-nrw@uk-koeln.de
Kinderklinik <i>Ansprechperson:</i>			
Kinderschutzambulanz <i>Ansprechperson:</i>			
Zuständiges Jugendamt <i>Ansprechperson:</i>			
Kinderschutzfachkraft <i>Ansprechperson:</i>			
Frühe Hilfen <i>Ansprechperson:</i>			
Polizei-Leitstelle			

Beratungsmöglichkeiten für ärztliches Personal

Zu unterscheiden sind Beratungen zur **Interpretation/Einordnung von Verletzungen** (KKG NRW) oder zur **weiteren medizinischen Betreuung** (Kontakt zu Kinderschutzgruppe oder -ambulanz). Die Indikation zur stationären Einweisung sollte großzügig gestellt werden.

- Beratung **innerhalb des Teams/der ärztlichen Leitung** (falls möglich)
- Beratung zur Beurteilung von Verletzungen oder anderen Auffälligkeiten beim Kind und zum Vorgehen im Einzelfall: **KKG NRW**

Links

Homepage: www.kkg-nrw.de

Telefon: 0221 478 40 800 (werktags von 8.00 Uhr – 20.00 Uhr)

E-Mail: kkg-nrw@uk-koeln.de

Konsil: <https://online-konsil.kkg-nrw.de/>

- Beratung durch die **Medizinische Kinderschutzhotline**

Homepage: www.kinderschutzhotline.de

Telefon: 0800 19 210 00 (24 Stunden erreichbar/kostenlos/deutschlandweit)

Link

- Beratung mit der **nächsten Kinderschutzgruppe** (möglichst im Vorfeld klären und im Akutfall nutzen)

<https://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>

Link

oder

der **nächsten Kinderschutzambulanz**

<https://www.mags.nrw/kinderschutz>

Link

Orientierung und Vergewisserung

Wenn Sie bei RISKID vernetzt sind, führen Sie eine RISKID-Anfrage durch: Ärztliche Kolleg*innen haben zu dem Kind/der Familie bei vorausgegangenen Kontakten bereits auffällige Befunde festgestellt, aber noch nicht abschließend beurteilen können; weshalb sie einen konsiliarischen ärztlichen Austausch über den gemeinsamen Patienten für erforderlich halten.

Voraussetzung: Für den konsiliarischen ärztlichen Informationsaustausch mit RISKID ist die zuvor erfolgte Anmeldung und Vernetzung (Zertifizierung) durch RISKID erforderlich.

Information und Anmeldung:

www.riskid.de

Link

§ 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG):**Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
(Bundeskinderschutzgesetz)**

Dieses Gesetz regelt die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Berufsgeheimnisträger bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung.

Erfahren Personen im Rahmen der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit von einer möglichen Kindeswohlgefährdung, so sind sie aufgerufen, diese dem Jugendamt mitzuteilen.

Zu den Berufsgeheimnisträgern gemäß **§ 4 KKG** gehören auch Sie. Konkret sind im Gesetz folgende Berufsgruppen aufgezählt:

1. **Ärztinnen oder Ärzte**, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, Hebammen oder Angehörige eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -berater sowie
4. Beraterinnen oder Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitglieder oder Beauftragte einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. Staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen oder -arbeiter oder staatlich anerkannte Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder
7. Lehrerinnen oder Lehrer an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen.

→ Daraus ergibt sich, dass auch Sie bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung handeln und Schritte zur Gefährdungsabwendung anstoßen können, dürfen und sollen.

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

(1) Werden [Berufsgeheimnisträgern ...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit **gewichtige Anhaltspunkte** für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

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

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie **befugt, das Jugendamt zu informieren**; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Sätze 1 und 2 gelten für die in Absatz 1 genannten Personen mit der Maßgabe, dass diese **unverzüglich das Jugendamt informieren sollen**, wenn nach deren Einschätzung eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen das Tätigwerden des Jugendamtes erfordert.

(4) Wird das Jugendamt von einer in Absatz 1 genannten Person informiert, soll es dieser Person zeitnah eine **Rückmeldung** geben, ob es die gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes oder Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen tätig geworden ist und noch tätig ist. Hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

[...]

- ▶ *Kitteltaschenkarte KKG NRW:
§4 KKG Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger
bei Kindeswohlgefährdungen, modifiziert durch IQN*

Konkret bedeutet dies:

Werden Fachkräften im Zuge ihrer beruflichen Ausübung gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt, haben sie die Pflicht (wegen der Garantenstellung) tätig zu werden.

Steht der unmittelbare Schutz des Kindes **nicht** in Frage, sollte in einem ersten Schritt in einem **Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen und den Sorgeberechtigten** die Situation erörtert werden. Um die Gefährdung einschätzen zu können und abschließend auf die **Inanspruchnahme konkreter Hilfen** hinwirken zu können, sollten die Ressourcen, Belastungen, Anhaltspunkte und Sorgen aller Beteiligten besprochen werden.

Besteht die Sorge, dass durch ein Gespräch/Offenlegung der Gefährdungssituation der **Schutz des Kindes in Frage gestellt** ist, muss **kein Gespräch** geführt werden und Sie sind berechtigt, unmittelbar die **erforderlichen Daten an das Jugendamt** weiterzuleiten.

Bestehen Zweifel daran, dass die Sorgeberechtigten gewillt sind zu kooperieren oder diese ausreichend in der Lage sind zu kooperieren, so darf das Jugendamt auch ohne Schweigepflichtentbindung informiert werden. Wenn das Kind **akut gefährdet** ist, ist in der aktuellen Fassung des **§ 4 KKG** der Begriff „soll“ gewählt, d. h. die die Gefährdung des Kindes feststellenden Personen sollen das Jugendamt informieren.

Ist die **Gefährdungssituation unklar**, können Berufsgeheimnisträger aus dem Gesundheitswesen sich beim **KKG NRW** zu medizinischen Fragestellungen oder bei der öffentlichen Jugendhilfe von einer sog. **insoweit erfahrenen Fachkraft** zu möglichen Hilfen und Interventionen beraten lassen. Zu diesem Zweck dürfen Daten des Kindes übermittelt werden.

→ **Die Daten sind zunächst vor der Übermittlung zu pseudonymisieren.**

Um Informationen zu der Situation des Kindes zu sammeln, sind ggf. Gespräche mit Institutionen und Fachkräften aus anderen Versorgungsbereichen (Gesundheitswesen, Pädagogik etc.) notwendig. Darüber hinaus kann eine Zweitbeurteilung bestimmter Befunde zur Diagnosestellung erforderlich sein.

→ **Für einen solchen multiprofessionellen Informationsaustausch ist prinzipiell die Einwilligung der Sorgeberechtigten notwendig.**

Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

→ Fragen Sie die **Personensorgeberechtigten**, ob Sie mit der/dem Kinderarzt*ärztin oder der/dem Zuweiser*in über Ihre Befunde sprechen dürfen und umgekehrt.

→ Lassen Sie sich das **Einverständnis über die wechselseitige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht** per Unterschrift von den Personensorgeberechtigten bestätigen. Hierfür können Sie einen selbst gestalteten oder frei zugänglichen Vordruck nutzen (z. B. vom KKG NRW).

→ Sollten Sie keine Möglichkeit haben, das Einverständnis schriftlich einzuholen, genügt prinzipiell auch eine **mündliche Einverständniserklärung** seitens der Personensorgeberechtigten. In diesem Fall sollten Sie dies in Ihren eigenen Unterlagen vermerken und das Gespräch mit den Eltern **vor Zeug*innen (z. B. Praxismitarbeiter*innen) führen.**

Für den interkollegialen ärztlichen Informationsaustausch ist in NRW bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung entsprechend Heilberufsgesetz kein spezielles Einverständnis der Sorgeberechtigten mehr erforderlich. Im Sinne der Kooperationsbereitschaft der Personensorgeberechtigten ist es jedoch besser, mit deren **ausdrücklichem Einverständnis** tätig zu werden.

In Nordrhein-Westfalen ist am 15.04.2022 eine Änderung des **§ 32 Nr.1 Heilberufsgesetz (HeilBerG)** in Kraft getreten. Die Ergänzung lautet wie folgt:

„dabei sind Ärztinnen und Ärzte zur Offenbarung über das, was ihnen in ihrer ärztlichen Eigenschaft anvertraut oder bekannt geworden ist, befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind. Wenn sich für Ärztinnen und Ärzte in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass Minderjährige von physischer, psychischer oder sexualisierter Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind, sind sie zur Offenbarung auch im Rahmen eines interkollegialen Ärzteaustausches befugt.“



Um im Kinderschutz handlungsfähig zu sein, ist die Reflexion der eigenen Haltung unerlässlich. Je schwerer und eindeutiger ein Kind verletzt ist, desto „einfacher“ fällt eine neutrale Diagnosestellung. Doch gerade bei weniger schweren und/oder weniger eindeutigen Verletzungen können subjektive Eindrücke die neutrale Diagnosestellung beeinflussen und im Maximalfall einer objektiven Entscheidung entgegenstehen.

Was hält uns davon ab, die Diagnose Kindeswohlgefährdung zu stellen?

Beispiele:

- **Sympathie für die Eltern/Mitleid mit den Eltern**
(„Die Eltern sind doch so nett.“)
- **Identifikation/Sympathie mit den Eltern**
(„Der Vater/die Mutter ist ein/e Kolleg*in.“)
- **„Leichte“ Verletzungen/„dezentere“ Fälle**
(„Wegen des einen Hämatoms/Kratzers ...“)
- **Fehlende weitere Hinweise auf eine Gefährdung des Kindes**
(„Das Kind ist doch gepflegt/schön gekleidet/hat immer so eine niedliche Frisur.“)



Umgekehrt können subjektive Eindrücke dazu beitragen, die Diagnose einer Kindeswohlgefährdung (vorschnell) zu stellen. So können bspw. der soziale Status und/oder das Auftreten der Eltern eine vermeintliche Vereinbarkeit mit einer Kindeswohlgefährdung „belegen“ und durch Überlagerung der fachlichen Entscheidung die Diagnosestellung beeinflussen.

Was führt dazu, die Diagnose Kindeswohlgefährdung zu stellen?

Beispiele:

- **Antipathie den Eltern gegenüber**
(„Die Eltern sind total komisch.“)
- **Pflegestatus der Eltern/des Kindes**
(„Die Eltern hatten auch den ganzen Mund voller Karies.“ „Das Kind ist ungepflegt.“ „Alle riechen nach Schweiß.“)
- **Sozialer Status der Eltern**
(„Würde mich bei denen ja nicht wundern.“)
- **Auftreten der Eltern den klinischen Mitarbeiter*innen gegenüber**
(unfreundlich, cholerisch, beleidigend, überheblich etc.)



Subjektive Eindrücke ...

... beeinflussen und „vereinfachen“ den Umgang mit belastenden Themen sowie das „eigene Aushalten“.

... können zu Über- oder Unterinterpretation der Situation führen. Sowohl Über- als auch Unterinterpretation können sich schwerwiegend auf die Patient*innen und deren Familien auswirken. Vor allem eine Unterinterpretation könnte aber auch für den Arzt/die Ärztin Konsequenzen nach sich ziehen.

Aus diesen Gründen sollte die eigene Haltung immer:

→ Wertfrei, fachlich, sachlich und mit klarem Fokus auf dem Kindeswohl sein

Je eher man die Eltern vorverurteilt, desto größer ist das Risiko einer Fehleinschätzung. Um dies zu vermeiden, sollte der Fokus stets auf das Kind und die Sachebene gerichtet sein.

→ Wissen um die eigenen Vorurteile und die Beeinflussbarkeit durch subjektive Eindrücke

Man muss es zulassen können und aushalten, dass sich eine Diagnose bestätigt oder auch nicht. Objektivität kann durch Erfahrung, Intervention im Team, Fortbildungen und Netzwerkbildung gefördert werden.

→ Kenntnis über eigene Möglichkeiten und Grenzen

Der Gesundheitssektor kann medizinische Hilfen bieten, kann aber bspw. nicht das häusliche Umfeld bewerten. Aus diesem Grund sind transparente Netzwerke im Kinderschutz so wichtig.

→ Kenntnis der Zuständigkeiten anderer Disziplinen (wie z. B. der Jugendhilfe), deren Möglichkeiten und Grenzen

Zu den Netzwerkpartnern ist eine wertschätzende Haltung auch und gerade in kritischen Situationen essentiell. Auch wenn es in Akutsituationen schwerfallen sollte. Eine Nachbesprechung derartiger Fälle sollte in einer ruhigen Situation nach Fallabschluss angestrebt werden.

Zur weiteren Information:

Carole Jenny et al. (1999): Analysis of missed cases of abusive head trauma. JAMA 1999.



Aspekte zur Beschreibung der Interaktion/Anamnese

Was ist in der **Praxis/Ambulanz/Klinik** wichtig zu erfragen oder zu beobachten?
Voraussetzung: gemeinsame Sprache? Bei Sprachbarrieren möglichst Dolmetscher!

1. Kind wahrnehmen*

- Mimik
- Verhalten
 - Sucht Kind „Schutz“ bei der Mutter/beim Vater/der Bezugsperson?
 - Kuscht das Kind?
 - Blickkontakt – Blick-Art (offen/neugierig/„frozen attention“/ängstlich)?
 - Nähe und Distanz – auch zum Untersuchenden?
 - Pflegezustand/Zahnzustand/Ernährungszustand?
 - Altersentsprechend?

2. Eltern wahrnehmen*

- Interaktion
- Verhalten
 - Liebevoll/sicher
 - Liebevoll/unsicher
 - Grenzenlos
 - Ungehalten/genervt
 - Aggressiv
 - Überfordert wirkend

3. Familiäre Konstellation?*

- Zusammen/verheiratet/gemeinsames Sorgerecht?
- Alleinerziehend/gemeinsames/alleiniges Sorgerecht?
- Neue Lebenspartner*in?
- Patchwork-Familie?
- Wie ist das Umgangsrecht geregelt, wenn getrennt?

4. Belastungen/Ressourcen erfragen*

- Belastungen
 - Wie ist die Wohnsituation?
 - Arbeit/arbeitslos?
 - Pflegeleistung in der Familie (z. B. Großeltern)?
 - Psychische Erkrankungen/Belastungen?
 - Weitere Kinder?
- Ressourcen
 - Gibt es Hilfe? (Tanten/Onkel/Großeltern/Freunde?)
 - Wie geht es in Krisen/wie kommt die Familie zurecht?
 - Auszeiten/Babysitter?

* Die Aufzählung ist nicht vollständig, sie stellt nur eine Auswahl dar.

Gesprächsführung mit den (möglicherweise) gefährdeten Kindern/Jugendlichen

- Einbeziehen des Kindes
- Direktes Ansprechen und Fragen an das Kind (Beurteilung von Reaktion von Kind und Eltern)
- Offene Fragen stellen
(das Gespräch folgt den Hinweisen des Kindes → „Du kannst erzählen, was passiert ist.“/
„Und dann?“...)
- Suggestion und Manipulation des Kindes müssen unterlassen werden
- Wertschätzung für sie selbst, für ihre ambivalenten Bedürfnisse und Gefühle,
für ihre Eltern/den Schädiger/die Schädigerin
- Ggf. Körperschemazeichnung nutzen – Kind kann zeigen
- Sicherheit vermitteln – Gespräch ermöglichen, aber nicht bedrängen;
Schilderungen aushalten; Schutzgedanken vermitteln
- Kein Geheimhaltungsversprechen, aber Information des Kindes, wer etwas erfährt
- Kein Trennen von Eltern und Kind erzwingen
(Einverständnis des einwilligungsfähigen Jugendlichen/Sorgeberechtigten erforderlich)

Gesprächsführung mit den Sorgeberechtigten

- Wertschätzende, authentische Haltung
- Eigene Sorge um Kind benennen
- Nach Sorgen der Eltern fragen
- Benennen, dass Veränderung (z. B. von Überforderung) möglich ist
- Zeit nehmen – neuer Termin am Sprechstundenende/Gespräch alleine mit Kind bzw.
Jugendlichem anbieten/Eltern ggf. alleine/einzeln einladen
- Gewalt muss benannt werden – das Erkennen ohne ein Benennen und Bewerten
reicht nicht aus
- Besonnenheit vor Tempo (Ausnahme: vitale Gefährdung)
- Ggf. nächsten Schritt gemeinsam überlegen
- Ziel im Auge behalten (Kinderschutz – Schutz vor Gewalt – Kind im Mittelpunkt –
Eltern gewinnen – Hilfe von außen)
- Möglichst sachliche Gesprächsführung und Berufung auf Fakten
- Keine eigenen Emotionen einfließen lassen
- Verdacht muss nicht initial (bei erstem Kontakt) ausgesprochen werden, aber dass
z. B. Hämatome/thermische Verletzungen/Frakturen abgeklärt werden müssen
- Bei Sorgen und Belastungen von Erwachsenen (z. B. psychische und Suchterkrankungen)
sollte nachgefragt werden, ob eine Verantwortung für Minderjährige besteht

Formulierungsbeispiele

Gesprächsbeginn

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

Verständnisfragen

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

Positive Bestärkung

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

Ziele, Verpflichtungen und Vereinbarungen

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

Reflektion der eigenen Haltung

Nur wenn Sie sich Ihrer eigenen Vorurteile und der Beeinflussbarkeit durch subjektive Eindrücke bewusst sind, können Sie im Kinderschutz handlungsfähig bleiben.

(Siehe hierzu: [Handout „Haltung“ des KKG](#))

Vorbereitung des Gesprächs

- ✓ Überdenken, ob wirklich Aussagen des Kindes benötigt werden oder Drittangaben von beteiligten Erwachsenen ausreichen.
- ✓ Gespräche mit dem Kind möglichst durch erfahrenes Personal planen.
- ✓ Je unerfahrener die Untersucherin/der Untersucher, desto mehr Fokus auf die Information des Kindes statt auf die Befragung legen.

Optimales Gesprächssetting

- ✓ Kindgerechte Atmosphäre
- ✓ Ruhige Umgebung
- ✓ Bei der Vorstellung **nicht akuter Fälle in der Notfallambulanz** auf eine Untersuchung und ein Gespräch mit dem Kind verzichten → Wenn möglich zeitnahen Termin in einer Kinderschutzambulanz vereinbaren.

Ziel:

Qualifiziertes Gespräch mit dem Kind, das dem **Erhalt von Informationen** dient, die im Hinblick auf Befunde, Anamnese oder Risikokonstellation hilfreich sein könnten.

Hierbei möglichst **spontane, im Kontext nachvollziehbare Aussagen des Erlebten** erzielen.

- ✗ Während des Gesprächs Verzerrungen, Suggestion und Mehrfachbefragungen vermeiden.
- ✗ Stets mit gleichbleibender, neutraler Aufmerksamkeit auf die Antworten des Kindes reagieren.
(Ausführliche Darstellung siehe Handout „Gesprächsführung“)

Unter Umständen kommt es **während einer Untersuchung zu Spontanaussagen des Kindes**.

Fragen mit „medizinischem Hintergrund“ stellen → in Bezug auf Schmerzen, andere Symptome, Verlauf, etc.

Beispiele: „Hat dir hier schon einmal etwas weh getan?“ „Kannst du mir die Stelle zeigen?“ „Hast du eine Idee, warum es dir dort wehgetan hat?“ „Wie lange hattest du denn Schmerzen?“

Die Dokumentation der geschilderten Ereignisse

- ✓ Sollte detailliert und leserlich erfolgen, um für ein eventuell folgendes Strafverfahren nachvollziehbar verständlich zu sein.
- ✓ Wörtliche Rede ist dabei zu markieren; es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat.
- ✓ Es muss dringend zwischen objektiv nachvollziehbaren (indikativ) und anamnestisch geschilderten Sachverhalten (konjunktiv) unterschieden werden.
- ✓ Es muss nachvollziehbar sein, in welchem Kontext die Aussage entstanden ist.

- ✗ Verzicht auf Interpretationen und Zusammenfassungen des geschilderten Erlebten.

► [Kitteltaschenkarte KKG NRW: Gesprächsführung, modifiziert durch IQN](#)

Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen

Auftrag	Vorbereitung	Tipps
<p>Im Rahmen der Diagnostik ist es wichtig, (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.</p>	<p>„Strategie festlegen“ multiprofessionelle Besprechung bzgl. möglicher Hindernisse und fallspezifischer Anliegen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auf Augenhöhe begegnen ■ Aktiv zuhören ■ Kind erzählen lassen ■ Zusammenfassen ■ Neutral bleiben ■ Keine Bewertung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ersteinlassungen zeitnah dokumentieren ■ Erinnerungsvermögen fördern & Beeinflussung vermeiden ■ Konkretisierung durch wenige Nachfragen 	<p>Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Strukturierte Befragung mithilfe evaluierter Protokolle ■ Dokumentation wortgetreuer Wiedergaben (bestenfalls Audio- und Videoaufnahmen) 	
	<p>Nachbereitung</p> <p>Feedback erhalten</p>	
<p>Das Einverständnis der einwilligungsfähigen Minderjährigen oder der Personensorgeberechtigten/des Vormundes ist eine Voraussetzung.</p>		



© Kinderschutzleitlinie
AWMF-Register-Nr. 027 - 069

Hinweise

Erinnerungsvermögen	<p>Einladende Aussagen und offene Fragen ✓✓✓</p> <p>[„Erzähle mir alles, was passiert ist“]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fördern das Erinnerungsvermögen. ■ Antworten auf diese Fragen sind präziser und ausführlicher. ■ Fragen sind nicht suggestiv und schwieriger anzufechten.
	<p>Wer-, Was-, Wo-, Wann-, Wie-Fragen ✓✓</p> <p>[„Wann ist das passiert?“]</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lenken die Aufmerksamkeit auf die bereits erwähnten Details, um zusätzliche Informationen zu einem bestimmten Aspekt des Ereignisses zu erhalten.
	<p>Ja-/Nein-Fragen ✓</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ (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 Rapports.
	<p>✗ Suggestivfragen vermeiden ✗</p>
Beeinflussung	



Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Dokumentation

Die Dokumentation erfolgt in der **Patientenakte**. Aktenvermerke mit sehr persönlichen Einschätzungen dürfen durchaus getrennt aufbewahrt werden. Geachtet werden muss auf **Lesbarkeit** (insbesondere bei handschriftlichen Aufzeichnungen, aber auch in Bezug auf Abkürzungen). Falls **weitere Personen** bei der Untersuchung/bei dem Gespräch anwesend waren, sollten diese ebenfalls vermerkt werden. Bei geplanten Gesprächen mit **kritischem Inhalt** sollte eine weitere Person dabei sein.

Verletzungen werden in Bezug auf folgende Punkte beschrieben:

Lokalisation, Größe (in cm), Form und Farbe.

Der Randbereich bei Hämatomen sollte gesondert beschrieben werden (gelbliche Färbung?).

Die Dokumentation von geschilderten Ereignissen

- sollte detailliert und leserlich erfolgen, um für ein eventuell folgendes Strafverfahren jederzeit nachvollziehbar verständlich zu sein.
- Wörtliche Rede ist dabei zu markieren und es ist zwingend notwendig, dass klar erkennbar ist, wer die Aussage getroffen hat.
- Es muss dringend zwischen **objektiv nachvollziehbaren** (Indikativ) und **anamnestisch geschilderten Sachverhalten** (Konjunktiv) unterschieden werden.
- Es muss nachvollziehbar sein, in welchem Kontext die Aussage entstanden ist.
- Verzicht auf Interpretationen und Zusammenfassungen des geschilderten Erlebten.

Beispiel:



Untersucher*in: „Tut dir irgendetwas weh?“

Marie: „Ja, da unten.“

Untersucher*in: „Kannst du mir sagen, wo genau.“

Marie: „Hier in der ‚Mumu‘.“

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

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

Dieser Dialog sollte **wortwörtlich** so dokumentiert werden.

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

Falsch: Patientin berichtet von Schmerzen im Genitalbereich nach Penetration.

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

Einwilligung in die Fotodokumentation

Im Rahmen Ihrer Tätigkeit behandeln Sie Kinder, angefangen beim Säugling bis hin zum Jugendlichen. Wird Ihnen ein Kind vorgestellt, das für Sie unklare oder auffällige Verletzungen oder sichtbare Zeichen einer Vernachlässigung aufweist, sollten diese fotografisch dokumentiert werden.

Während der Erstvorstellung ist die Bedeutung einzelner Befunde meist unklar, weshalb immer von allen Auffälligkeiten (Hämatomen, Narben, Rötungen, Schwellungen, Nävi etc.) eine Fotodokumentation mit Maßstab durchgeführt werden sollte. Ebenso sollte der Heilungsverlauf fotografisch dokumentiert werden.

Darüber hinaus sollten Hinweise auf eine Vernachlässigung des Kindes/Jugendlichen (starke Unterernährung mit stehenden Hautfalten, Verschmutzungen des Kindes, inadäquat gepflegte Körperareale wie z. B. Hautfalten, Finger- und Fußnägel oder Karies, unangemessene Kleidung [bspw. zu klein, kaputt, massiv verschmutzt o.ä.]) fotografisch festgehalten werden.

Nicht selten findet eine Mitbegutachtung der Befunde durch weitere Institutionen statt, um einen Verdacht zu bestätigen oder zu entkräften. Da eine solche Begutachtung meist nach der akuten Situation erfolgt, ist eine aussagekräftige Dokumentation der Verletzung (bei veränderbaren Befunden) zur Klärung des Sachverhalts entscheidend.

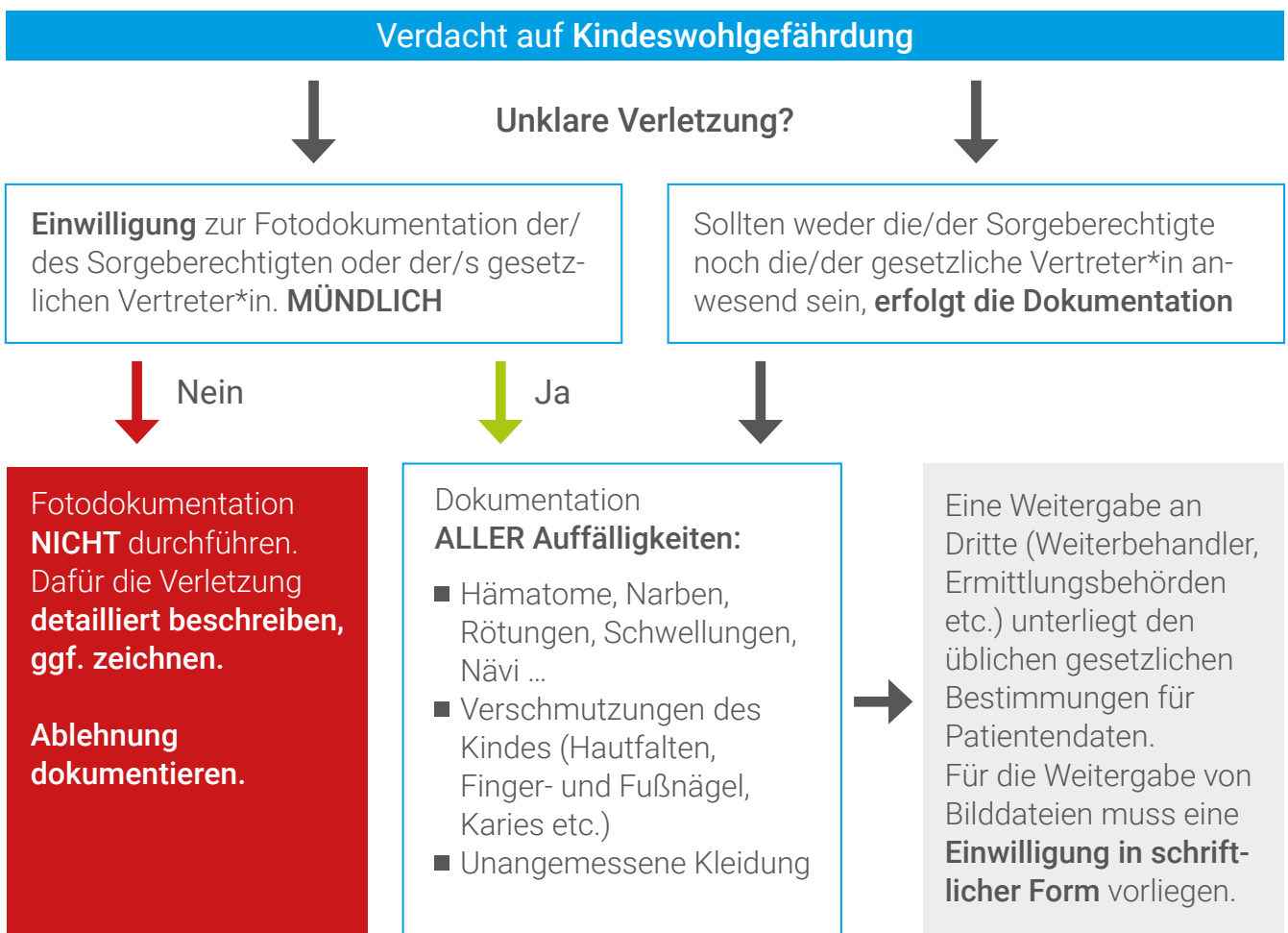
Welche Aspekte sind aus rechtlicher Sicht bei der Fotodokumentation zu berücksichtigen?

- Die Fotodokumentation bedarf, wie alle diagnostischen Maßnahmen, der Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten oder der/des gesetzlichen Vertreter*in, sowie der Patientin/des Patienten, sofern diese/r bereits einwilligungsfähig ist
→ jedoch **ohne besondere Form**
- Dies bedeutet, dass eine Mitteilung über die Fotodokumentation zu erfolgen hat, ein zwangsläufiges schriftliches Einwilligen jedoch nicht erforderlich ist, eine mündliche Einwilligung genügt demnach.
- Lehnen Patient/in oder die/der Sorgeberechtigte die Fotodokumentation ab, wird diese **nicht** durchgeführt
→ Die **Ablehnung** ist jedoch auf jeden Fall durch die Ärztin/den Arzt zu **dokumentieren**. Die Verletzung sollte in diesem Fall in der Patientenakte detailliert beschrieben, ggf. gezeichnet werden.
- Wie alle dokumentierten Befunde unterliegen auch Bilddateien der **ärztlichen Schweigepflicht**.
- Eine Herausgabe an die Ermittlungsbehörden oder eine sonstige **Weitergabe an Dritte** unterliegt den üblichen gesetzlichen Bestimmungen für Patientendaten.
→ Dies bedeutet, dass für die Weitergabe von Bilddateien eine **Einwilligung in schriftlicher Form*** vorliegen muss.

* Hierfür können Sie einen selbst gestalteten oder frei zugänglichen Vordruck nutzen – z. B. [Schweigepflichtentbindung vom KKG NRW](#)

Wie kann die Notwendigkeit einer Fotodokumentation den Sorgeberechtigten gegenüber kommuniziert werden?

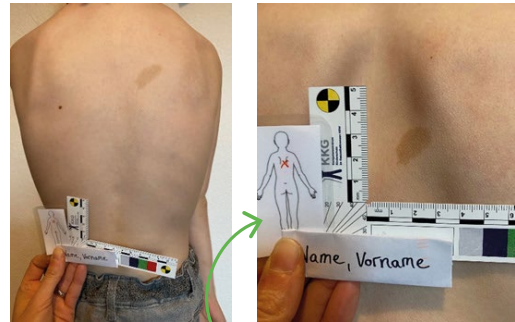
- Erläutern Sie der/dem Sorgeberechtigten, dass die weitere Entwicklung der Verletzung/en zur Beurteilung dokumentiert wird, da sich Verletzungen im Laufe der Zeit verändern und der Heilungsverlauf zur besseren Einordnung beitragen kann.
→ **Einwilligung ohne besondere Form/mündlich (s.o.)**
- Soll der Befund ggf. durch eine anonymisierte Fallberatung (z. B. KKG NRW) mitbeurteilt werden, kann der/dem Sorgeberechtigten gegenüber kommuniziert werden, dass die Fotodokumentation zur Einschätzung der Expert*innen notwendig ist und durch die Mitbeurteilung ein Misshandlungsverdacht auch ausgeschlossen werden kann.
- Sind die/der Sorgeberechtigte nicht anwesend, dürfen Verletzungen zur eigenen Beurteilung fotodokumentiert werden.
→ **Über eine Weitergabe dieser Bilder zur Mitbeurteilung muss in jedem Einzelfall gesondert entschieden werden.**



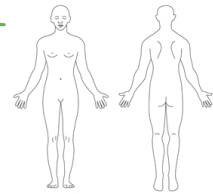
► *Handout KKG NRW: Einwilligung in die Fotodokumentation, modifiziert durch IQN*

Fotodokumentation Beispiel

- Entkleidung phasenweise
- Patientendaten auf Etikett oder Haftnotiz
- Winkellineal
- Farbkarte
- Körperschema mit Markierung des betroffenen Körperteils
- Detailaufnahme des betroffenen Körperteils



Tipp
Körperschema aus-
drucken, laminieren und
mit non-permanentem
Stift beschriften.



Dr. Sarah Klein-Radukic, Leon Philipp | Kinderschutzgruppe | Helios St. Johannes Klinik Duisburg
Mai 2023

iGOBSIS

iGOBSIS = intelligentes Gewaltopfer-Beweissicherungs- und -Informationssystem

Dies ist ein Informationssystem für Ärztinnen und Ärzte zur Versorgung von Gewaltopfern. Es führt die/den Anwendenden durch Diagnose, Dokumentation, Spurensicherung und psychosoziale Weiterleitungsangebote. Auch Opfern von Gewalt bietet gobsis.de hilfreiche Informationen.

Link <https://gobsis.de/>

RISKID

RISKID ist ein dateibasiertes elektronisches Informationssystem für Ärztinnen und Ärzte. Hier tauschen sich Ärzte und Ärztinnen wie in einer „virtuellen“ Großpraxis über Befunde und Diagnosen aus, wenn unklar ist, ob bei einem Kind, das sie behandeln, ein Missbrauch oder eine Misshandlung vorliegen könnte.

Damit kann dem Problem „doctor-hopping“ begegnet werden. Darunter versteht man den von Misshandlern praktizierten gehäuften Arztwechsel, mit dem Ziel, dadurch ihre Taten zu verschleiern.

Link <https://www.riskid.de/>

Körperschemata

DGKIM: Dokumentationsschema bei V. a. nichtakzidentelles Trauma

► *Körperschemavorlagen vom KKG NRW*

Link [Siehe Anhang](#)

Arbeitsmaterialien/weitere Informationsquellen

Links

Materialien des KKG NRW:

Leitfaden Kinderschutz in der Pädiatrischen Praxis

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2106094_Broschuere_A4_Leitfaden_WEB_002_.pdf

Leitfaden für Netzwerke im Medizinischen Kinderschutz

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2110061_Leitfaden_fuer_Netzwerke_im_Medizinischen_Kinderschutz_WEB_ES.pdf

Handout Haltung

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2104057_Handout_Haltung.pdf

Handout Interkulturalität im Medizinischen Kinderschutz

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2108003_Handout_Interkulturalitaet_imMedizinischer_Kinderschutz_WEB.pdf

Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2108093_A4_Handout_Kindeswohlgefaehrung_WEB_01.pdf

Handout Entbindung der Schweigepflicht

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2109082_Handout_Schweigepflicht_WEB.pdf

Anogenitale „Warzen“ bei Kindern

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2005014_A4_AnogenitaleWarzen_WEB.pdf

Kindesmisshandlung vs. Knochenstoffwechselstörung

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2106090_A4_Knochenstoffwechselstoerung_WEB_01.pdf

Link

DGKiM:

<https://www.dgkim.de/>

Links

Leitfäden der DGKiM:

- Kinderschutz an Kliniken
- Kinderschutz im ÖGD

https://dgkim.de/wp-content/uploads/2023/07/2023_05_04_leitfaden-medizinischer-kinderschutz-2-0.pdf

Kinderschutzgruppen auf einen Blick:

<https://www.dgkim.de/kinderschutzgruppen>

Link

RISKID-Ärzteinformation:

<https://www.riskid.de/zusammenfassende-information-fuer-aerzte/>

Arbeitsmaterialien/weitere Informationsquellen

Links

Materialien aus der Kinderschutzleitlinie:

Kinderschutzleitlinie

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

Kitteltaschenkarte „Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“

https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-069z5am_S3_Kinderschutzleitlinie_Kitteltaschenkarte_Vorgehen_bei_Verdacht_auf_Kindeswohlgefahrdung_2021-07.pdf

Zusatzdokument „Dentale Vernachlässigung & Verzahnung im Kinderschutz“

https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-069z12_S3_Kinderschutzleitlinie_Dentale_Vernachl%C3%A4ssigung_Verzahnung_2019-08.pdf

Zusatzdokument „Bildgebung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung“

https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-069z13_S3_Kinderschutzleitlinie_Bildgebung_2020-01.pdf

Zusatzdokument „Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen“

https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-069z14_S3_Kinderschutzleitlinie_Strukturierte_Befragung_Kinder_Jugendliche_2019-08.pdf

Links

Fortbildungen:

E-Learning Kinderschutz

<https://elearning-kinderschutz.de/>

Fortbildungsakademie

<https://www.fortbildungsakademie-im-netz.de/>

DGKIM-Zertifikatslehrgang Kinderschutzmedizin

<https://dgkim.de/jahrestagung-veranstaltungen/dgkim-zertifikatslehrgang-kinderschutzmedizin/>

Link

Institutionelle Schutzkonzepte:

https://www.kkg-nrw.de/fileadmin/pdf/P2012008_A4_InstitutionelleSchutzkonzepte_WEB.pdf

Für Kinder und Jugendliche

Link **Nein, lass das! e.V.**
<https://www.neinlassdas.com/der-verein>

Link **Kinderhilfetelefon 116 111**
Mo bis Sa 14.00–20.00 Uhr
<https://www.nummergegenkummer.de/>

Link **Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch 0800 22 55 530**
Mo, Mi, Fr: 9.00–14.00 Uhr
Di, Do: 15.00–20.00 Uhr
<https://www.hilfe-portal-missbrauch.de/startseite>

Für Eltern

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.

Link **Nummer gegen Kummer 0800 111 0 550**
Mo bis Fr: 9.00–17.00 Uhr & Di und Do: bis 19.00 Uhr
www.nummergegenkummer.de

Link **Onlineberatung für Eltern – Bundeskonferenz Elternberatung e.V.**
www.bke-elternberatung.de

Link **Kompetenzzentrum Kinderschutz – Standortfinder Beratungsangebote**
<https://www.kinderschutz-in-nrw.de/standortfinder/>

Links **Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V.**
www.kinderschutz-in-nrw.de
www.kinderschutzbund-nrw.de

Für Eltern

Link **Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V.**
<https://www.kinderschutz-zentren.org/ueber-uns/#zentren>

Links **Frühe Hilfen:**
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/>

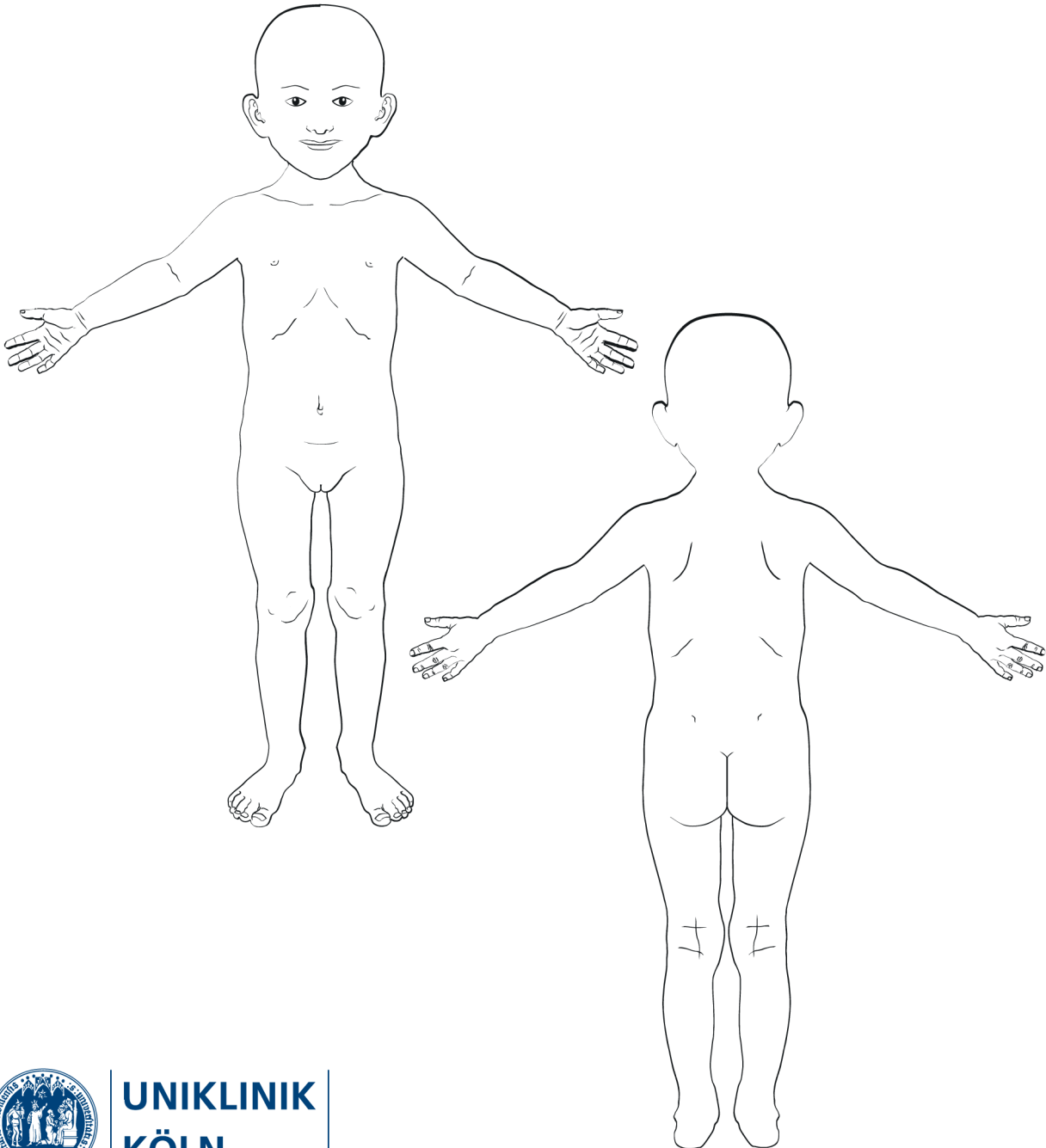
[https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/filme-fuer-fachkraefte-und-eltern/?tx_solr\[sort\]=publishedYear+desc](https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/filme-fuer-fachkraefte-und-eltern/?tx_solr[sort]=publishedYear+desc)

Link **Hilfe-Portal Sexueller Missbrauch 0800 22 55 530**
Mo, Mi, Fr: 9.00–14.00 Uhr
Di, Do: 15.00–20.00 Uhr
<https://www.hilfe-portal-missbrauch.de/startseite>

Link **Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke-Onlineberatung)**
<https://www.bke.de/?SID=157-521-BD0-61E>

Körperschemavorlage Mädchen

- › Name
- › Datum
- › Vorname
- › Untersucher
- › Geburtsdatum

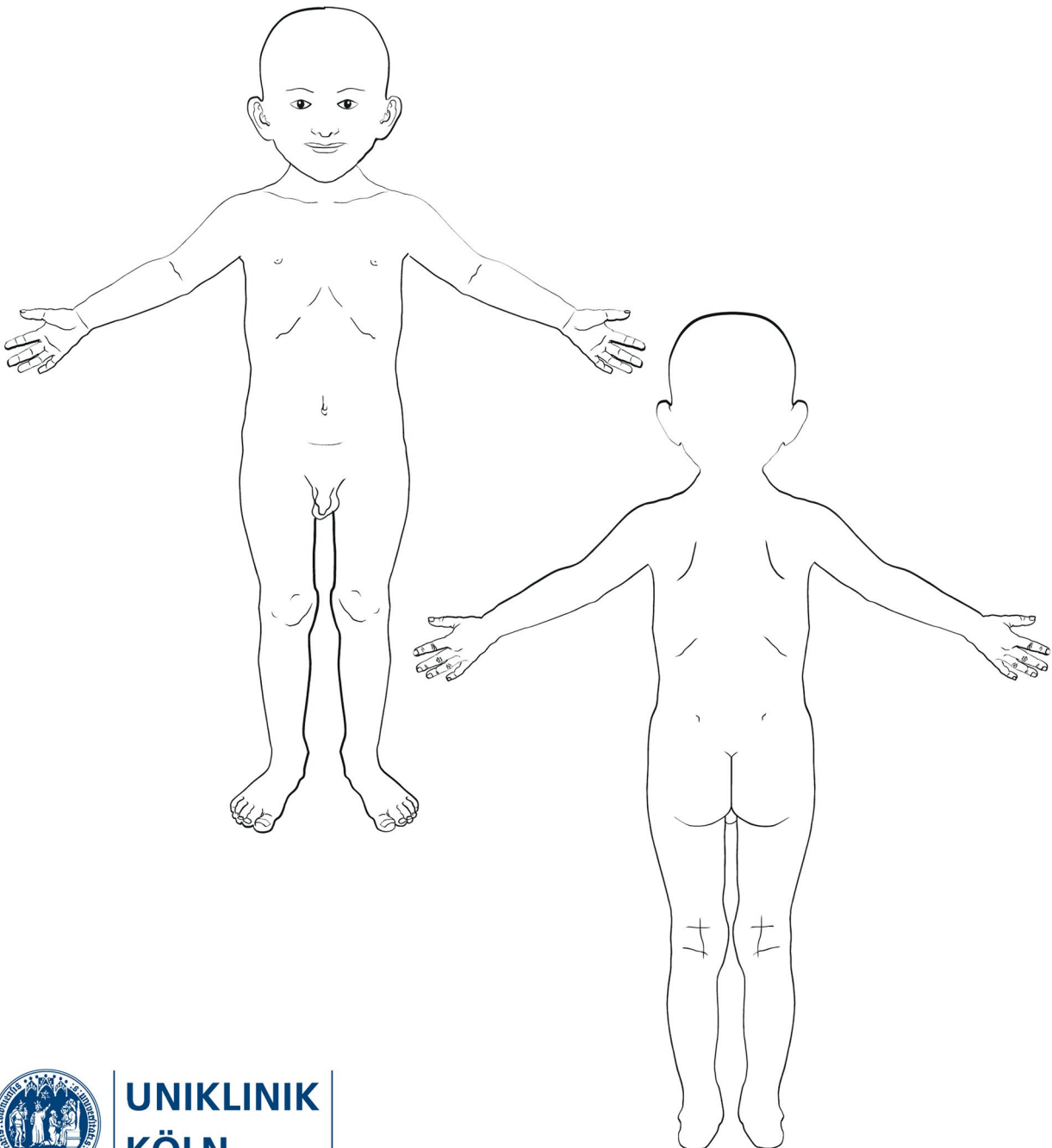


**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für Rechtsmedizin

Körperschemavorlage Junge

- › Name
- › Datum
- › Vorname
- › Untersucher
- › Geburtsdatum



**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für Rechtsmedizin

Herausgeber



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein

Tersteegenstraße 9

Besucheranschrift:

Tersteegenstraße 3
40474 Düsseldorf

Tel.: +49 211 4302-2752

E-Mail: iqn@ae Kno.de

Homepage: www.iqn.de

Link

In Zusammenarbeit mit



Grafische Gestaltung

Kim Klein Kommunikationsdesign
0160 1594112 | hello@buerokimklein.de

Fotonachweise

Seite 1 (1): Designed by 8photo – Freepik.com
www.freepik.com

Seite 26 (1): Adobe Stock, ameravit

Seite 4 (1), Seite 6 (1): Jochen Rolfes

Seite 5 (1): KV Nordrhein

Seite 6 (1): privat