

Die „medizinische Kinderschutzleitlinie“

Entwicklungsprozess und Umsetzung der AWMF-S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik



Jürgen Freiberg

Nach einer Studie des Bundeskriminalamtes werden in Deutschland täglich fast 50 Kinder misshandelt oder sexuell missbraucht. Anzeichen von Misshandlung und Vernachlässigung müssen rechtzeitig erkannt werden, damit die Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen verbessert werden kann. Berufsgruppen, die im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, brauchen für den Umgang mit Verdachtsfällen verlässliche Handlungsleitlinien. Bis jetzt gibt es jedoch keine deutschlandweit gültige Leitlinie, die solchen Berufsgruppen im Arbeitsalltag hilft. Jürgen Freiberg berichtet über Hintergrund, Ziele und Entstehung der medizinischen Kinderschutzleitlinie.

Seit Dezember 2014 wird an der Bonner Universitäts-Kinderklinik die Kinderschutzleitlinie für Mediziner, Pädagogen und Jugendhilfe im Umgang mit Fällen von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung erstellt. Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziert. In dem Leitlinienbüro entwickelt ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Mitarbeitenden aus Medizin (Pädiatrie und Kinderchirurgie), Psychologie, Public Health, Health Sciences Research und Sozialer Arbeit auf den Grundlagen der evidenzbasierten Medizin (EbM) verschiedene Leitlinienversionen mit konkreten Handlungsempfehlungen. Die Ziele der Leitlinie sind die Verbesserung der Versorgungssituation von misshandelten, missbrauchten und vernachlässigten Kindern auch in Bezug auf die Diagnostik, den Schutz der Kinder und Jugendlichen in der Akutsituation und den Schutz vor Reviktimisierung. Ein besonderer Fokus liegt auf der transparenten Darstellung und der Optimierung der Zusammenarbeit der Partner im Kinderschutz.

Die Anmeldung der S3+Kinderschutzleitlinie – unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) – bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) erfolgte im April 2015. Die AWMF hat ein Regelwerk für alle in Deutschland relevanten medizinischen Leitlinien erarbeitet und legt deren wissenschaftliche Vorgehensweise und Qualität fest. Dieses Regelwerk ist somit entscheidend auch für die Kinderschutzleitlinie.

Die Beteiligung von 79 Fachgesellschaften und Organisationen (darunter das Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der unabhängige Beauftragte der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Missbrauchs) ist bezüglich der Anzahl außergewöhnlich hoch und ist der notwendigen multiprofessionellen Zusammenarbeit, der Komplexität des Kinderschutzes und der gesellschaftlichen und politischen Bedeutung geschuldet. Für die Soziale Arbeit im Krankenhaus ist die DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen), als Fachgesellschaft, durch den Mandatsträger Michael Trost aus Lörrach vertreten.

Wissenschaftliche Methodik

Damit die Kinderschutzleitlinie mit ihren konkreten Handlungsempfehlungen dem Anspruch eines unmittelbaren Praxisbezugs gerecht werden kann, wurden insgesamt 476 Fälle aus Medizin, Jugendhilfe und Pädagogik über die Fachgesellschaften anhand eines Onlinefragebogens gesammelt. Die Fälle wurden systematisch kategorisiert nach Misshandlungsformen (Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung) und Altersgruppen (Pränatal, Säugling, Kindergartenkind, Schulkind, etc.) zugeordnet und nach wissenschaftlichen Kriterien detailliert



Abbildung 1: Die Kinderschutzleitlinie legt den Fokus auf eine optimale und transparente Zusammenarbeit der Partner im Kinderschutz.

ausgewertet. Anschließend entwickelten die Mitarbeitenden des Leitlinienbüros exemplarische Fallvignetten, die Grundlage für die Entwicklung relevanter Fragestellungen war. So wurden in mehreren Schritten aus 251 komplexen Fragestellungen abschließend 33 Themen-/Fragenkomplexe zusammengefasst und nach dem PICO-Schema formuliert. Das PICO-Schema (Patient Intervention Comparison Outcome) stellt die Basis für eine evidenzbasierte Literaturrecherche und strukturiert die Suche in den wissenschaftlichen Datenbanken. Das P beschreibt die Patientenkohorte (Alter, Symptomatik, Lebensumstände, etc.), das I steht für die durchgeführte Intervention (Maßnahme, Untersuchung, etc.) das C für die Kontrollgruppe bzw. eine Vergleichsintervention und das O für das Outcome/Ergebnis. Das PICO-Schema lässt sich leicht an einem klassischen medizinischen Studienaufbau erklären. So werden beispielsweise Wirkstoffe getestet, indem eine Gruppe von Pro-

banden in zwei Gruppen aufgeteilt wird. Die eine Gruppe erhält den Wirkstoff, die andere Gruppe ein Placebo. In der Analyse kann so die Wirksamkeit eines Präparates nachgewiesen werden.

Ein Beispiel für eine PICO-Frage der Kinderschutzleitlinie lautet: „Führt das standardisierte und strukturierte Vorgehen sämtlicher Fallbeteiligter aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Pädagogik anhand einer Kooperationsvereinbarung, einschließlich der aktiven Mitteilung von Schulproblemen, der Einbindung der Schule bei der Fallrecherche, der aktiven Mitteilung über Jugendhilfemaßnahmen und der aktiven Mitteilung der diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse bei einem Kind von 0 bis 18 Jahren mit (Verdacht auf) Kindeswohlgefährdung eher zum Erkennen, zur Feststellung, zur Beendigung der Kindeswohlgefährdung und dem Schutz vor Reviktimisierung als eine oder keine der genannten Maßnahmen?“

Die passenden Begriffe und Synonyme zum PICO-Schema wurden, ins Englische übersetzt, in die internationalen wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, PsycINFO, CINAHL, ERIC und Embase eingegeben. So wurden fast 50.000 relevante Artikel und Studien gefunden, die jeweils von mindestens zwei Mitarbeitenden des Bonner Büros gesichtet und ausgewertet wurden. Die Studien, die abschließend in die detaillierte wissenschaftliche Auswertung übernommen wurden, sind kritisch überprüft und bewertet worden. Die Analyse erfolgte anhand des Bewertungsschemas Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Nach Abschluss der Bewertung werden in Evidenztabellen die Ergebnisse übersichtlich dargestellt und zentrale Studieninhalte und Ergebnisse erfasst. Dies dient der Formulierung vorläufiger Handlungsempfehlungen, deren wissenschaftliche Herleitung und Relevanz durch den oben beschriebenen Prozess nachvollziehbar sind. Ein Beispiel für eine vorläufige und noch

nicht beschlossene Empfehlung zur Frage der Partizipation des Kindes im Kinderschutzverfahren lautet: „Das Kind soll beteiligt werden. Die Beteiligung hat keine bekannten negativen Effekte, sondern nur mögliche positive Effekte: therapeutisch (Selbstwertgefühl, Sinn für Kontrolle, Verbesserung der Beziehung zwischen dem Kind und dem Sozialarbeiter und den Eltern), die Effektivität einer Intervention steigernd, erlaubt eine individuellere Betreuung, erhöhte Sicherheit durch die frühe Erkennung einer Kindeswohlgefährdung“ (Kinderschutzleitlinie, 2017).

Implementierung und Leitlinienfassungen

Die vorläufigen Handlungsempfehlungen werden mit den Mandatierten in einem Online-Leitlinienportal diskutiert und können in 3 aufeinander aufbauenden Schritten kommentiert und

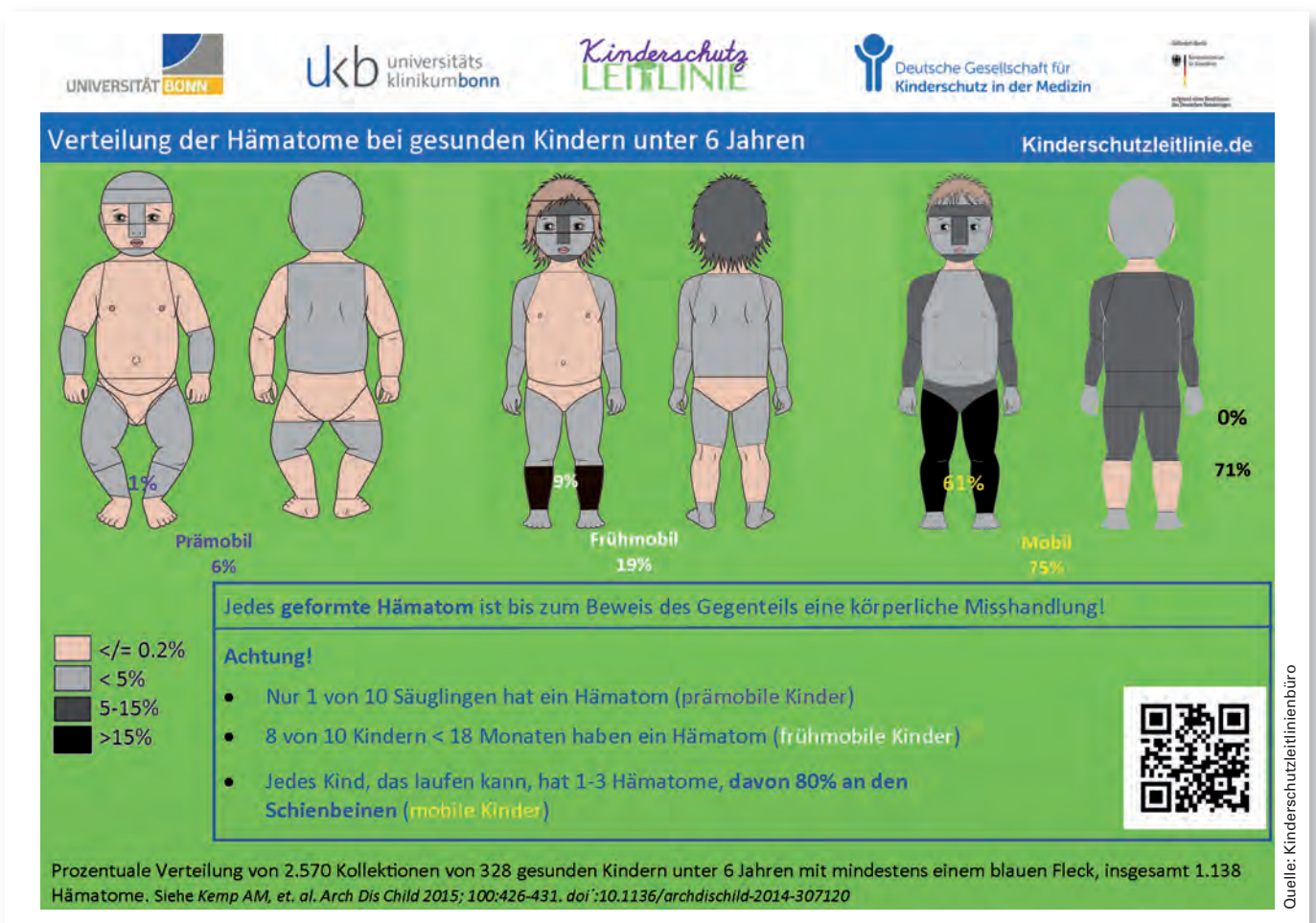
einer ersten Bewertung unterzogen werden. In einer Sitzung im Juni 2018, der Konsenssitzung, werden den Vertretern der Fachgesellschaften alle Handlungsempfehlungen vorgestellt und von diesen in einer anonymen Abstimmung bewertet. Der Grad der Zustimmung wird sprachlich in der Formulierung mit den Begriffen „kann, sollte, soll“ ausgedrückt. Bestätigt ist eine Handlungsempfehlung, wenn mindestens eine Dreiviertelmehrheit sowohl der Formulierung als auch dem Grad der Empfehlung zugestimmt hat.

Ist dieser Einigungsprozess abgeschlossen, werden verschiedene Leitlinienversionen formuliert. In einem Leitlinienreport wird der wissenschaftliche Entwicklungsprozess nachvollziehbar beschrieben. Aufgrund der Komplexität und der Einbeziehung der Jugendhilfe und Pädagogik ist beabsichtigt spezielle Leitlinienversionen

für die unterschiedlichen Bereiche zu veröffentlichen und die Leitlinie über verschiedene Medien in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Hier sind allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen und politischer Wandel zu berücksichtigen. So gewinnt beispielsweise die Beteiligung der Betroffenen aufgrund der Umsetzung der Kinderrechtskonvention an Bedeutung und erfordert die Erstellung einer eigenen Leitlinienversion für die Kinder und Jugendlichen und einen kritischen Blick auf die gängige Kinderschutzpraxis in allen Bereichen. Eine besondere Herausforderung besteht in einer anwenderfreundlichen Veröffentlichung in Form einer interaktiven Website oder in Form einer App.

Beim Deutschen Jugendhilfetag 2017 präsentierte das Kinderschutzleitlinienbüro eine „Kitteltaschenkarte“. In dieser Übersicht in Postkartenformat wer-

Abbildung 2: Kitteltaschenkarte zum Verteilmuster von Hämatomen bei Kindern ohne körperliche Misshandlung



den die Studienergebnisse zum Verteilmuster von Hämatomen bei Kindern dargestellt. Auf der grünen Seite werden Verteilmuster und Häufigkeiten abgebildet, die nicht auf eine körperliche Misshandlung hinweisen. Die rote Kartenseite zeigt Hämatome an Körperstellen, die als verdächtig einzustufen sind. Eine solche Karte ist ein Beispiel, wie Studienergebnisse in der konkreten Praxis der Kinderschutzarbeit in unterschiedliche Berufsgruppen Einzug nehmen können.

Ausblick


Wagt man einen ersten Ausblick auf die Ergebnisse der aktuellen Studienlage und die möglichen Handlungsempfehlungen, so sind das multiprofessionelle Vorgehen und die Verständigung auf eine gemeinsame Begrifflichkeit von Bedeutung. Bei den Kinderschutzelfällen, die stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt

werden, ist die Beteiligung der Sozialdienste bereits jetzt gängige Praxis und in fast allen denkbaren Fällen erforderlich. Neben der aktiven Beteiligung bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen vermitteln die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes oft zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe und legen dem jeweils anderen die Sicht- und Denkweise der verschiedenen Kinderschutzpartner dar. Aktiv trägt die Erhebung der sozialen Kontextfaktoren im Rahmen einer Sozialanamnese oder einer sozialen Diagnostik entscheidend zur Beurteilung der familiären Situation, der Bewertung von vorhandenen Ressourcen und zur Entwicklung möglicher Lösungsansätze bei. Dies spiegelt sich aktuell in der Arbeitsweise der Kinderschutzgruppen wider und wird im Rahmen der DRG-Abrechnung der OPS 1-945 voraussichtlich ab 2018 erlösrelevant.


Bedauerlicher Weise konnten bislang nur wenige Studien zum Kinderschutz aus dem Handlungsfeld der Sozialen Arbeit eingeschlossen werden. Dies liegt daran, dass die Wissenschaften Medizin und Psychologie häufiger Studien durchführen, die Ergebnisse publizieren und über einschlägige Datenbanken verfügen. Hier könnte durch Forschung und Veröffentlichungen im Arbeitsfeld Sozialer Arbeit die Wirksamkeit des eigenen beruflichen Handelns im Kinderschutz auch in Anlehnung an die Methodik der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen werden.

■ *Jürgen Freiberg ist Diplom-Sozialpädagoge und stellvertretender Projektleiter des S3+Leitlinienbüros Kinderschutz an der Universitätsklinikum Bonn, © kinderschutzleitlinie@uni-bonn.de*


Abbildung 3: Kitteltaschenkarte zum Verteilmuster von Hämatomen bei körperlich misshandelten Kindern.




UNIVERSITÄT BONN




ukb universitätsklinikum bonn



Kinderschutz LEITLINIE

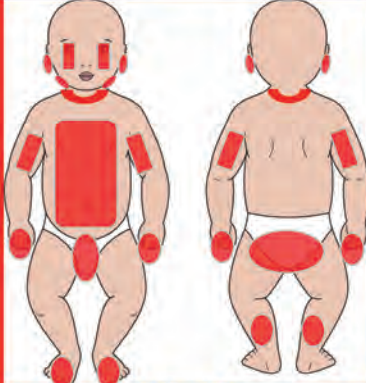


Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin

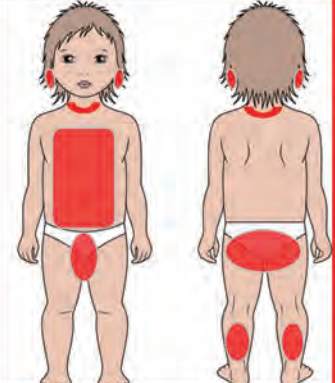


Kinderschutzleitlinie.de

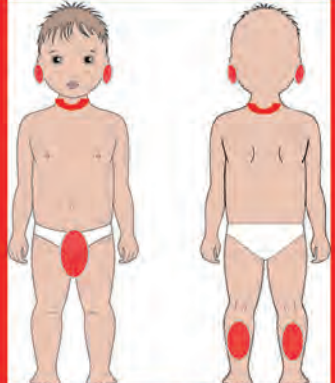
Hotspots für körperliche Misshandlung



Prämobil



Frühmobil



Mobil

Achtung! Zur Erinnerung: 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 **Thoraxes** und **Abdomens** 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

Prozentuale Verteilung von 2.570 Kollektionen von 328 gesunden Kindern unter 6 Jahren mit mindestens einem blauen Fleck, insgesamt 1.138 Hämatome. Siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2015; 100:426-431. doi: 10.1136/archdischild-2014-307120 und siehe Kemp AM, et al. Arch Dis Child 2014;99:108-113. doi:10.1136/archdischild-2013-304339

Quelle: Kinderschutzleitlinienbüro