

ssp sgp

SWISS SOCIETY OF PAEDIATRICS

Ihre Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche

Les médecins de vos enfants et adolescents

I medici dei vostri bambini e adolescenti

**Fachgruppe Kinderschutz
der schweizerischen Kinderkliniken**

EMPFEHLUNGEN

**für die Kinderschutzarbeit
an Kinderkliniken**

Inhalt

1. Grundsätze der Kinderschutzarbeit	3
2. Vorgehen bei Verdacht auf körperliche Kindsmisshandlung und/oder Vernachlässigung ..	4
3. Vorgehen bei sexuellem Missbrauch	6
4. Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen	9
5. Anhang 1: Versicherungsrechtliche Aspekte	11
6. Anhang 2: System des Kinderschutzes	12

© Fachgruppe Kinderschutz der Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie, 2000

Gesamtüberarbeitung der Empfehlungen Februar 2017

Kapitel 1: Markus Wopmann, Baden

Kapitel 2: Georg Staubli, Zürich

Kapitel 3: Dörthe Harms, Baden / Renate Hürlimann, Zürich

Kapitel 4: Jean-Jacques Cheseaux, Lausanne

Anhänge: Markus Wopmann, Baden

<http://www.swiss-paediatrics.org/de/informationen/empfehlungen>

Einleitung

In jeder Kinderklinik und Kinderabteilung werden misshandelte Kinder behandelt. Es gehört deshalb zum Behandlungsauftrag jeder Kinderklinik, subtile Zeichen einer möglichen Misshandlung wahrzunehmen und entsprechende Hilfe einzuleiten. Die phänomenologische Vielfalt und psychologische Besonderheit dieses Krankheitsbildes machen die Diagnose schwierig. Dabei ist Kindsmisshandlung häufiger als andere pädiatrische Diagnosegruppen wie angeborene Herzfehler, bösartige Krankheiten oder Stoffwechselstörungen. Die Diagnosestellung wäre umso wichtiger, als frühzeitiges Aufdecken und korrektes interprofessionelles Management für die Prognose von grosser Bedeutung sind.

Deshalb hat sich die Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, eine Kommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, zum Ziel gesetzt, Empfehlungen für Diagnostik und Management von Kindsmisshandlung zu erarbeiten. Diese Gruppe bestand aus Fachpersonen der Bereiche Kinderchirurgie, Kinderpsychiatrie und Pädiatrie mit langjähriger praktischer Erfahrung auf diesem Gebiet.

Entsprechend der Häufigkeit von Kindsmisshandlung ist Kinderschutz nicht eine Spezialdisziplin von Einzelnen, sondern soll eine in den medizinischen Alltag integrierte Denkweise im Hinblick auf Sensibilisierung, Wahrnehmung und bewusste Beobachtung sein. Kinderschutz gehört demnach ins Pflichtenheft jeder Oberärztin/jedes Oberarztes und zur Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin; Kindsmisshandlung soll auch im Facharztexamen geprüft werden.

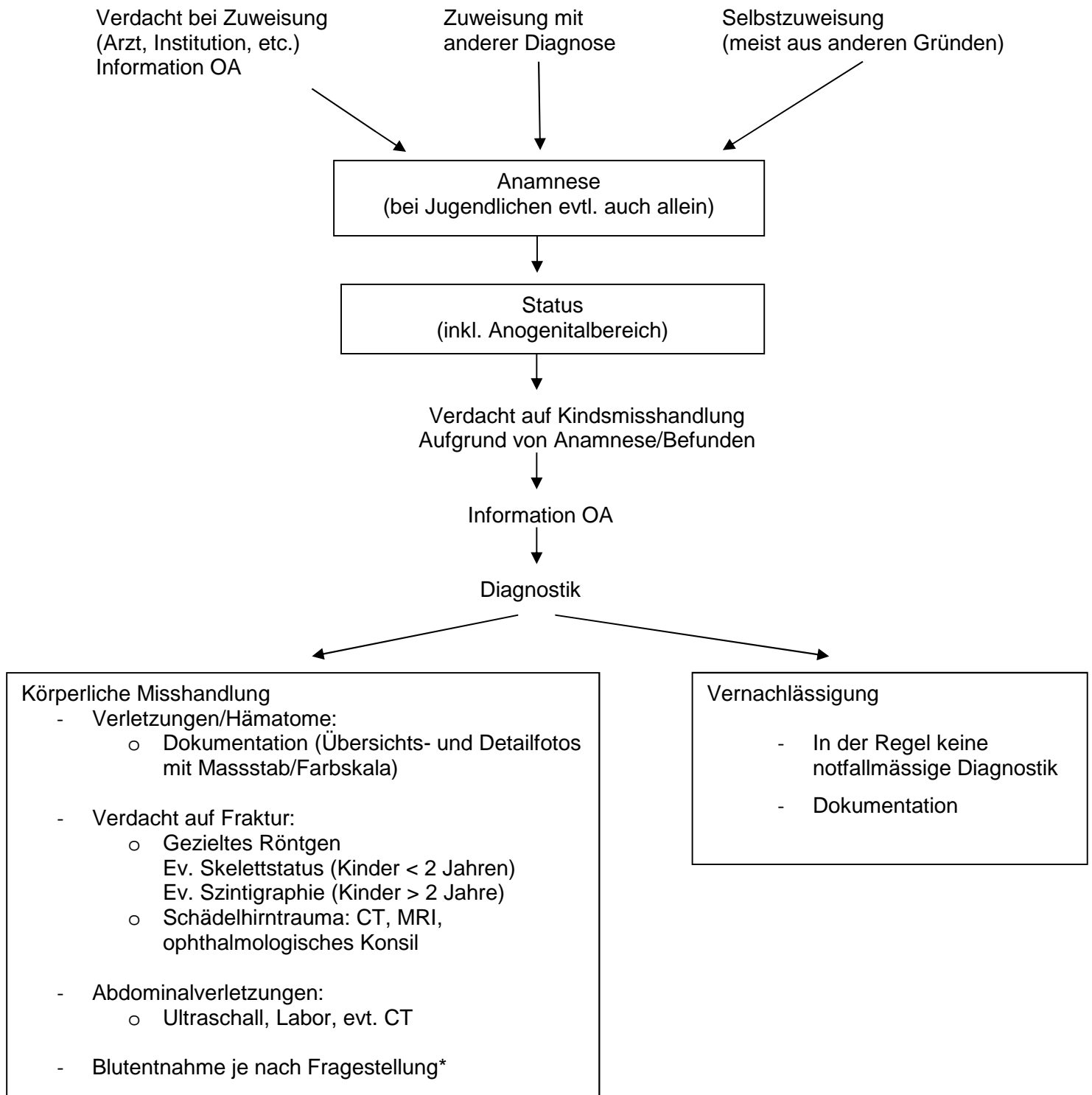
Die vorliegenden Empfehlungen sind als Leitlinien gedacht, an denen sich in Kinderkliniken oder Kinderabteilungen tätige Ärztinnen und Ärzte beim Erstkontakt mit Kindern und Jugendlichen und deren Begleitpersonen (wohl meistens in einer Notfallsituation) orientieren können. Vor der konkreten Umsetzung in die tägliche Praxis müssen diese Empfehlungen aber in jeder Klinik individuell den örtlichen, personellen und infrastrukturellen Gegebenheiten angepasst und ergänzt werden, eine Aufgabe, die wohl am besten in Zusammenarbeit von Klinikleitung und lokaler Kinderschutzgruppe erfolgt. Diese so in jeder Klinik zu schaffenden internen Richtlinien haben den Zweck, auch in Drucksituationen überstürztes Handeln und Einzelaktionen zu vermeiden.

Über diesen (notfall-)ärztlichen Erstkontakt hinausgehende, spezifische Kinderschutzmassnahmen sind in diesen Empfehlungen nicht enthalten, sie gehören in den Aufgabenbereich der lokalen Kinderschutzgruppe.

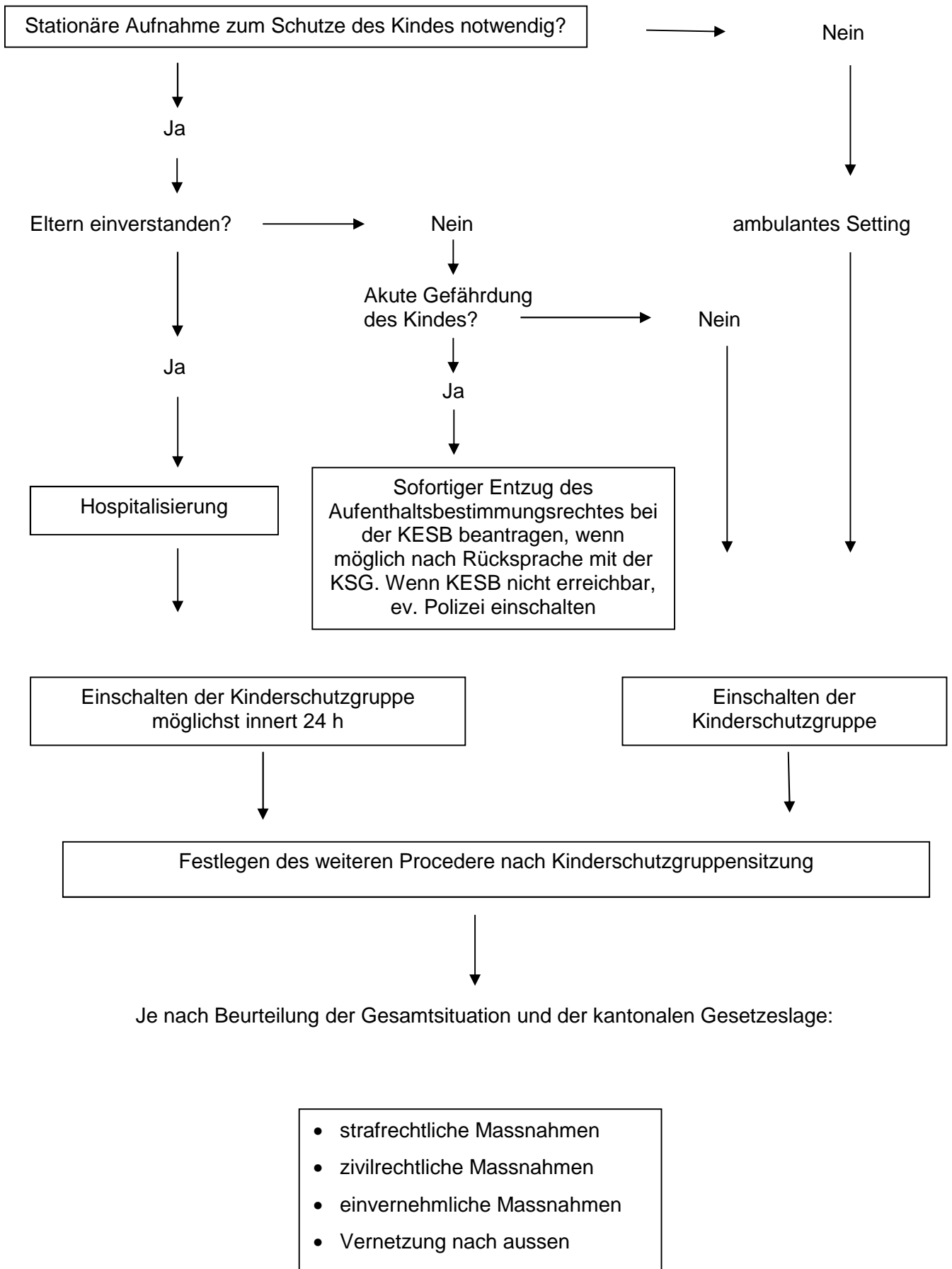
1. Grundsätze der Kinderschutzarbeit

1. Der Kinderschutz gehört zum Leistungsauftrag jeder Kinderklinik. Dafür muss an jeder Kinderklinik eine Kinderschutzgruppe vorhanden sein.
2. Die Kinderschutzfälle sollen interprofessionell behandelt werden. Innerhalb der Kinderschutzgruppe sollten, wenn möglich, die Disziplinen Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pflege, Sozialarbeit, Recht und Kindergynäkologie vertreten sein.
3. Jede Kinderklinik verfügt über ein Interventionskonzept bei Kinderschutzfällen, welches die lokalen Gegebenheiten berücksichtigt. Ebenso definiert die Klinikleitung zusammen mit der Kinderschutzgruppe konkrete Abläufe bei Kinderschutzfragen, regelt die diesbezügliche klinikinterne Weiterbildung und ermöglicht eine gesamtschweizerische Zusammenarbeit in Kinderschutzfragen. Zudem ermöglicht die Klinikleitung der Kinderschutzgruppe die eigene Weiter- und Fortbildung sowie eine Supervision.
4. Die Kinderschutzgruppe trifft sich je nach Bedarf zu interprofessionellen Sitzungen. Interventionen umfassen medizinische und psychosoziale Hilfeleistungen sowie das Einleiten von zivilrechtlichen und strafrechtlichen Massnahmen. Diese Massnahmen werden erst abgeschlossen, wenn die Folgeverantwortung und die weiteren Zuständigkeiten verbindlich geklärt sind.
5. Eine notfallmässige Einberufung der Kinderschutzgruppe (oder mindestens Teilen davon) sollte - zumindest unter der Woche - innerhalb von 24 Stunden möglich sein.
6. Entscheidungen in Kinderschutzfällen sollten nie alleine, sondern wenn immer möglich, durch mindestens zwei Personen gefällt werden.

2. Vorgehen bei Verdacht auf körperliche Kindsmisshandlung und/oder Vernachlässigung



* Mögliche Blutentnahme zum Ausschluss einer Erkrankung, Gerinnungsstörung oder Stoffwechselerkrankung:
 Blutbild Handdifferenzierung,
 Normale Gerinnung (PTT, INR, Fibrinogen), Faktoren VIII, IX, XIII,
 PFA 100
 Leberwerte, Amylase, Nierenwerte, Elektrolyte (Na, K, Ca, Cl)
 Urin: Status, organische Säuren
 Guthrie entblinden lassen (Stoffwechsellabor Kispi Zürich)



3. Vorgehen bei sexuellem Missbrauch

Definition sexueller Missbrauch

Einbezug von Kindern und abhängigen Jugendlichen in sexuelle Handlungen zu einem Zeitpunkt ihrer Entwicklung, zu dem sie den Inhalt und die Bedeutung dieser Handlungen noch nicht vollumfänglich begreifen können.

Formen sexuellen Missbrauchs

Berührungen im Brust- und Genitalbereich, Einbezug in Masturbation, digitale oder penile Penetration.

Einbezug in sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus, gemeinsames Anschauen oder Herstellen von pornographischem Material, auch im Internetbereich.

Der **Verdacht auf sexuellen Missbrauch** kann sich ergeben

- aufgrund von Aussagen des Kindes oder des/der Jugendlichen
- aufgrund körperlicher Zeichen
- aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten
- aufgrund von Beobachtungen durch Drittpersonen
- aufgrund von Foto- oder Filmmaterial
- aufgrund von Chatprotokollen, Handydaten etc.

Die Symptomatik von sexuellem Missbrauch kann vielfältig sein, die Zeichen sind sehr oft unspezifisch. Zur Bewertung der Situation und somit zur Entscheidung, ob weitere Abklärungen angezeigt sind, sollte möglichst früh eine multidisziplinäre Fachgruppe zugezogen werden. Dies ist auch wichtig, da die multidisziplinäre Diskussion und Beurteilung entlastend für die einzelnen involvierten Fachpersonen wirkt im Sinne einer geteilten Verantwortung.

Aussage des Kindes oder des/der Jugendlichen

Spontane Äusserung der Betroffenen sollen möglichst wörtlich festgehalten werden.

Zusätzlich ist es wichtig, dass die Begleitumstände und das Verhalten der Betroffenen und der Begleitpersonen genau beschrieben werden. So sollte zum Beispiel erfasst werden, wem gegenüber das Kind oder der/die Jugendliche was ausgesagt hat und unter welchen Umständen es zu dieser Aussage gekommen sein soll.

Befragungen zum Verdacht, Suggestivfragen, wiederholte Nachbefragungen zur Täterschaft (z.B. durch Pflegefachpersonen oder weitere Ärzte) müssen unterlassen werden.

Untersuchung

Eine notfallmässige körperliche Untersuchung ist notwendig, wenn eine akute Gefährdung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen besteht oder ein Körperkontakt in den letzten 72 Stunden stattfand. Dann darf das Kind bzw. die/der Jugendliche vor der Untersuchung nicht gebadet, geduscht oder gewaschen werden. Auch Kleider oder andere Textilien wie z.B. Handtücher, Decken müssen ungewaschen gesichert werden (Forensische Untersuchungsbox/Papiersack)). Die Untersuchung des Anogenitalbereichs bei Kindern und Jugendlichen verlangt neben spezifischem Fachwissen über das normale und nicht normale Genitale ein hohes Mass an Einfühlungsvermögen und Erfahrung. Daher muss zunächst überlegt werden, ob eine Überweisung an ein Zentrumsspital mit entsprechender Expertise und oder die Beiziehung des zuständigen Instituts für Rechtsmedizin sinnvoll ist. In jedem Fall muss die Untersuchung des Anogenitalbereichs bei Kindern und Jugendlichen mit V.a. oder sicherem sexuellem Missbrauch von einer entsprechend geschulten Person vorgenommen bzw. supervidiert werden. Die Untersuchung muss unbedingt ohne Gewaltanwendung geschehen. Eine gute und lückenlose Dokumentation ist zwingend, auch um wiederholte Untersuchungen zu vermeiden.

Folgende Qualitätsstandards für die Untersuchung müssen erfüllt werden:

- Fachperson mit Fachwissen über altersabhängige Normalbefunde, Normvarianten und Pathologien verfügbar

- Kolposkopische Untersuchung
- Beurteilung und schriftliche Dokumentation der erhobenen Befunde nach gültigen Guidelines (Adams et al)
- Fotografische oder Video-Dokumentation der erhobenen Befunde

Die körperliche Untersuchung umfasst neben der Untersuchung der Anogenitalregion immer einen Allgemeinzustand inklusive Beurteilung der Haut und Schleimhäute.

Bei der Mehrheit missbrauchter Kinder und Jugendlicher ergibt die Untersuchung des Anogenitalbereichs einen unauffälligen Befund. Ursachen dafür sind:

- Missbrauch ohne Berührung
- Berührungen ohne Verletzung
- Verletzungen heilen rasch und ohne Residuen ab

Trotz dieser Einschränkungen ist die körperliche Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von grosser Wichtigkeit,

- für eine forensische Spurensicherung < 72 h nach Übergriff
- um Aussagen des Kindes bzw. des / der Jugendlichen untermauern zu können
- um allfällige sexuell übertragbare Erkrankungen oder eine Schwangerschaft zu erkennen bzw. zu therapieren.

Besonders wichtig ist die körperliche Untersuchung auch für die psychische und physische Integrität des Kindes bzw. der/des Jugendlichen. Die Bestätigung, dass der Körper unversehrt ist bzw. keine bleibenden körperlichen Folgen befürchtet werden müssen, ist für den Verarbeitungsprozess von grosser Wichtigkeit.

Folgende Überlegungen müssen Teil der körperlichen Untersuchung nach sexuellem Missbrauch sein:

- Einleitung einer Postkoitalantikonzeption, vorgängig immer Schwangerschaftstest
- Asservierung von Material für forensische Zwecke (Forensische Untersuchungsbox)
In der Regel ist eine Asservierung von Fremd DNA sinnvoll, wenn das Ereignis innerhalb der letzten 72 Stunden stattfand. Bei noch sichtbaren Verletzungen sollte auch nach mehr als 72 Stunden der Versuch unternommen werden, Fremd DNA zu sichern.
- Suche nach sexuell übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis B (HBsAK, HBsAg), Hepatitis C, HIV, Chlamydien und Gonorrhoe (PCR aus Vaginalsekret), Lues (VDRL)
- Postexpositionsprophylaxe (HIV und Hepatitis B)
 - Sinnvoll in der Regel nur innerhalb 72 Stunden nach dem Ereignis und nach Absprache mit den Infektiologen
- Prophylaktische Behandlung von Chlamydien und Gonorrhoe bei entsprechender Risikosituation. Gegebenenfalls auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft Blutentnahme bei der mutmasslichen Täterschaft für Screening auf HIV (p28), Hepatitis B und C.

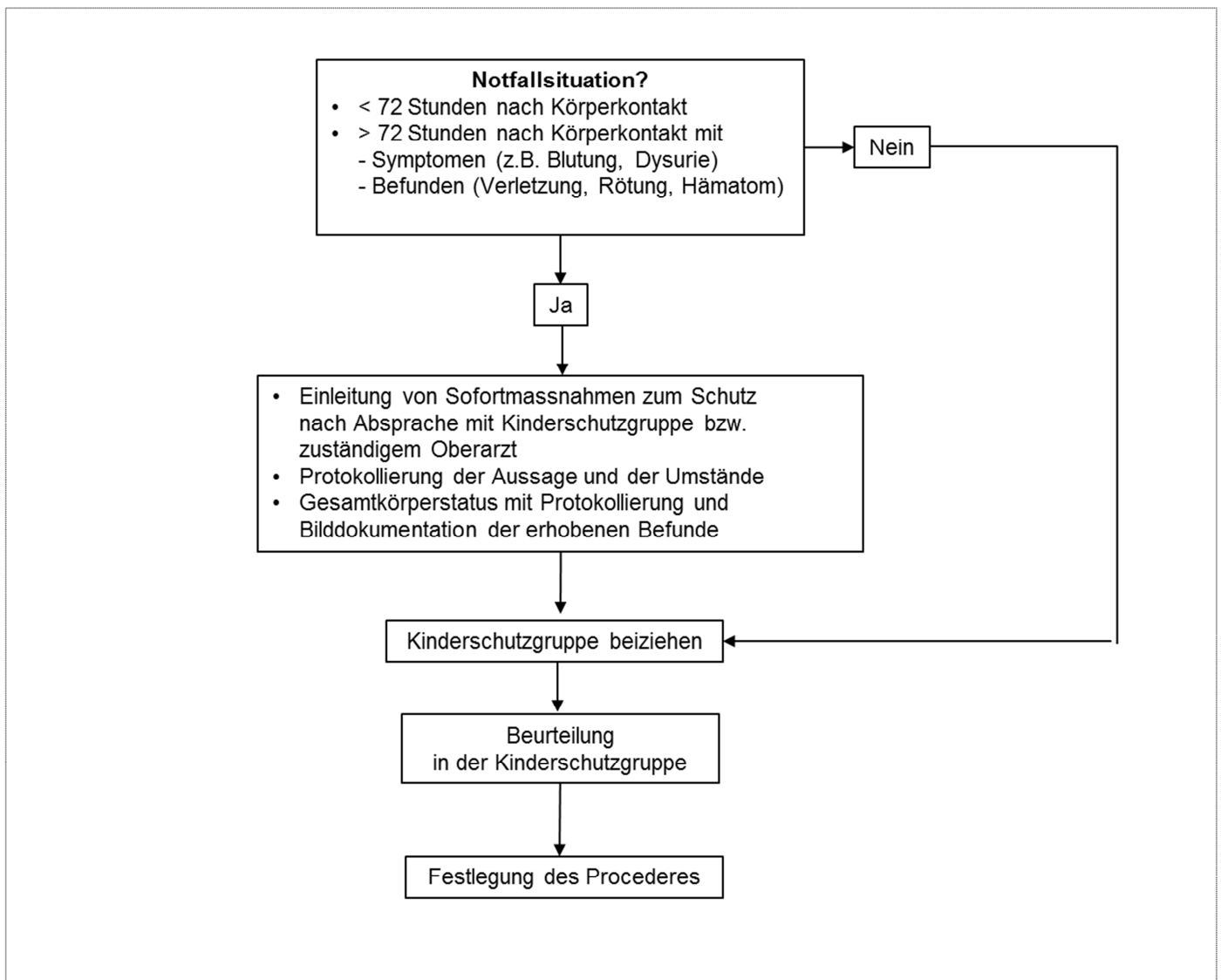
Der Kontakt zu einer kantonalen Opferhilfestelle ist frühzeitig zu vermitteln, da jedes Opfer Anspruch auf Beratung und Betreuung hat. Dies beinhaltet:

- besondere Rechte im Strafverfahren
- Anspruch auf finanzielle Hilfe
- Anspruch auf psychologische Betreuung

Literatur

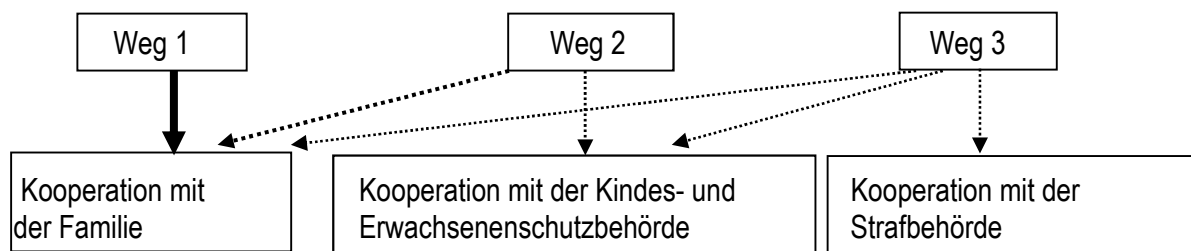
1. Adams JA, Kellog ND, Farst JF et al: Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Apr;29(2):81-7.
2. Jenny C, Crawford JE and Committee on child abuse and neglect: The Evaluation of Children in the Primary Setting when Sexual Abuse is Suspected. Pediatrics. 2013, 132, e558-67.

Abb. 1: Vorgehen bei sexuellem Missbrauch



4. Interventionsmöglichkeiten von Kinderschutzgruppen

Wer ein Kind misshandelt, hat oft nicht die Einsicht, dass er Unterstützung braucht. Unterstützung ist aber notwendig zur Veränderung der Verhältnisse, so dass sich die Misshandlung nicht wiederholt und zur Bewältigung der erlittenen Traumata durch die Opfer und durch jene Angehörigen, die nicht Täter waren. Wegen der mangelnden Einsicht ist aber eine Verpflichtung zu einer Massnahme und der damit verbundenen Kontrolle vielfach notwendig. Es besteht somit ein Dilemma zwischen Angebot und Verpflichtung zur Hilfe.



Weg 1:

Bei leichteren Fällen wird versucht, die Familie ohne Einschalten von Behörden zur Kooperation zu bewegen. Mögliche Ansätze können beispielsweise sein:

- Regelmässige Kontrollen beim Kinderarzt oder bei der Mütterberatung
- Einschalten eines Sozialdienstes mit dem Ziel, soziale Faktoren zu verbessern
- Elterngespräche
- Psychotherapie für das Kind

Auch bei diesem Weg muss eine Kontrolle gewährleistet sein, die aber nicht durch eine Behörde übernommen wird. Voraussetzung für die Wahl dieses Weges ist, dass die Kinderschutzgruppe das Risiko für eine weitere Gefährdung des Kindes als sehr gering einschätzt. Zudem setzt der kooperative Weg voraus, dass bei der Familie eine grundsätzliche Problemeinsicht und damit auch eine Bereitschaft zur Veränderung vorhanden ist. In Fällen von sexuellem Missbrauch ist dieser Weg in aller Regel nicht möglich.

Weg 2:

Hat die Kinderschutzgruppe den Eindruck, dass die Familie nicht genügend motivierbar ist, so sucht sie die Kooperation mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde. Diese hat die Möglichkeit, die Familie zu Massnahmen zu verpflichten und auch entsprechende Kontrollen anzuordnen. Den gleichen Weg wählt die Kinderschutzgruppe, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt.

Weg 3:

In bestimmten Fällen erfordert die bekannt gewordene Misshandlung eine Strafanzeige. Eine Strafanzeige ist immer nur ein Teil einer Kinderschutzmassnahme, denn es braucht zusätzlich die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, um weitere Kinderschutzmassnahmen zu verordnen.

Wenn es von den kindlichen Voraussetzungen her möglich ist, muss das Kind in die Entscheidung, welcher Weg gewählt werden soll, mit einbezogen werden.

Aufgrund des von der Familie erlebten Widerspruches von Verpflichtung und Kontrolle einerseits sowie Hilfe und Unterstützung andererseits ist es äusserst ratsam, dass die Verpflichtenden und Kontrollierenden andere Personen sind als jene, die helfen und unterstützen.

Ziele der Interventionen einer Kinderschutzgruppe

Die Arbeit der Kinderschutzgruppe hat 3 Hauptziele:

1. Schutz des Opfers
2. Hilfe bei der Klärung und Einordnung der Ereignisse („Diagnosestellung“)
3. Hilfe zu Veränderungen, sodass sich die Misshandlung nicht wiederholt und die erlittenen Traumen besser bewältigt werden können.

Für das Vorgehen bezüglich der Klärung sei auf die Kapitel 2 und 3 dieser Empfehlungen verwiesen.

Der Schutz des Opfers erfolgt durch Trennung von Opfer und Täter oder durch andere Massnahmen, welche sicherstellen, dass sich die Misshandlung nicht wiederholt.

Die Ziele der Veränderungen unterscheiden sich etwas je nach Misshandlungsart, wobei sie bei kombinierten Misshandlungen auch verbunden werden können. Allgemein ist Folgendes wichtig:

- Verbesserung von sozialen Faktoren, welche ein Risiko für die Misshandlung darstellen
- Stärkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit und des Verständnisses für die kindlichen Bedürfnisse
- Thematisierung von eigenen früheren oder aktuellen Misshandlungserfahrungen mit den Eltern, da diese Erfahrungen zur Gefährdung von Kindern beitragen können
- Unterstützung der Elternteile, die nicht Täter sind, zur Bewältigung von traumatischen Ereignissen
- Hilfsangebot für misshandelte Kinder zur Bewältigung von erlittenen Traumen. Dies gilt insbesondere auch bei sexuellem Missbrauch, damit Opfer später nicht zu Tätern werden

Im Einzelfall wird aufgrund des psychischen Befindens des Kindes und der vorhandenen Ressourcen sorgfältig abgewogen, wieviel an Unterstützung, Hilfe und Psychotherapie benötigt wird.

Abschluss der Kinderschutzarbeit

Bereits bei der Planung von Interventionen und Therapien sollten die Ziele klar vorgegeben sein und damit verbunden die Kriterien, welche zeigen, ob die Ziele erreicht worden sind. Somit wissen auch alle Beteiligten, weshalb etwas gemacht wird und wann gewisse Massnahmen nicht mehr nötig sind.

Katamnese

Es ist sehr lehrreich, bei möglichst vielen Fällen, an denen man in irgendeiner Form beteiligt war, den längerfristigen Verlauf zu erfahren, um sich so professionell zu verbessern.

5. Anhang 1: Versicherungsrechtliche Aspekte

Kindsmisshandlung gilt versicherungsrechtlich als Unfall. Die Krankenkassen sind nach KVG (Art. 1, Abs. 2, Bst. b) verpflichtet, das Unfallrisiko zu übernehmen, soweit keine Unfallversicherung dafür aufkommt. Kindsmisshandlung ist also eine Pflichtleistung der Krankenkasse. Da das Kind als Versicherungsnehmer gilt (auch wenn die Eltern die Prämie bezahlen), darf die Kasse die Kostenübernahme nicht verweigern, auch wenn sie ein schuldhaftes Verhalten der Eltern geltend macht. Allerdings hat sie nach Art. 79, Abs. 2 das Recht, Regress auf Verwandte des Versicherten zu nehmen, wenn der Versicherungsfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt wurde. Der Anspruch auf Leistungen für Hospitalisationen endet mit dem Zeitpunkt, in welchem die somatisch-medizinische Spitalbedürftigkeit entfällt (Art. 49, Abs. 3).

Konkret ist wie folgt vorzugehen:

- Kindsmisshandlung offen als Diagnose deklarieren und zwar als Unfall
- Fürsorge- und Strafuntersuchungsbehörden baldmöglichst darauf aufmerksam machen, dass die Hospitalisation nur bis zum Abschluss der Abklärungen resp. zur somatisch-medizinischen Heilung über die Krankenkasse abgerechnet werden kann und danach zu Lasten dieser Behörden geht.

Stationäre Kinderschutzfälle sollten unbedingt unter dem DRG-Komplexcode 99.A5 („komplexe Abklärung bei Verdacht/Nachweis auf Kindsmisshandlung bzw. Vernachlässigung im Neugeborenen-/Säuglings-/Kindes- und Jugendlichenalter“) codiert werden.

6. Anhang 2: System des Kinderschutzes Tabellarische Übersicht System des Kinderschutzes

System des Kinderschutzes	Kategorie	Inhalt	Rechtsgrundlagen	Zuständige Stellen
System des Kinderschutzes	Elterliche Sorge	Aufenthalt Erziehung Gesetzliche Vertretung Vorname Wohnsitz Kindesvermögen	301 Abs. 3, 301a ZGB 302, 303 ZGB 304-306 ZGB 301 Abs. 4 ZGB 25 ZGB 318-327 ZGB	Eltern
	Freiwilliger Kinderschutz	Erziehungsberatung Familienberatung/-therapie Scheidungsberatung		Jugend- und Familienberatungsstellen, Jugendämter, kommunale Sozialdienste
	Zivilrechtlicher Kinderschutz	<u>Massnahmen</u> Geeignete Massnahmen Beistandschaften	307, 324 ZGB 308, 306 Abs. 2, 325, ZGB 310, 314b, ZGB	Gerichte, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Institutionen der Jugendhilfe
		Entziehung der elterlichen Sorge Schranken des persönlichen Verkehrs Pflegekinderbewilligung und –aufsicht <u>Verfahrensgarantien</u> Abklärung der Verhältnisse Vertretung des Kindes Anhörung des Kindes	311, 312 ZGB 274 ZGB 316 ZGB, PAVO 296 ZPO 299 ZPO, 314a ZGB 298 ZPO, 314 a ZGB	
	Öffentlichrechtlicher Kinderschutz	Bundesverfassung - Jugendstrafrecht - BG über die Betäubungsmittel - Erwachsenenstrafrecht -	11, 41 Abs. 1 BV 82-100 StGB 111 ff, 122 ff, 127, 136, 180 ff, 187 ff, 213, 219, StGB	Verschiedene Behörden
- Arbeitsrecht - Schulrecht - Opferhilfegesetz (OHG) - Normen betreffend Film, Literatur, Internet etc.				
Internationaler Kinderschutz	Zahlreiche internationale Abkommen (z. B. Haager Minderjährigenschutzabkommen, HKsÜ UNO-Konvention über die Rechte des Kindes von 1989)		Zuständige Bundesstellen Internationaler Sozialdienst	