



Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Leitfaden
für die Kinderschutzarbeit
in Gesundheitsberufen



Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Leitfaden
für die Kinderschutzarbeit
in Gesundheitsberufen

„Kinder“ bezeichnet in der vorliegenden Broschüre gemäß Kinderrechtskonvention Mädchen und Buben/Burschen von der Geburt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Kinder, die Gewalt erfahren haben, zu schützen und weiterer Gewalt vorzubeugen, ist eine sehr komplexe Aufgabe, mit der Ärztinnen und Ärzte, wie andere in Gesundheitsberufen tätige Menschen immer wieder konfrontiert sind.

Weil die Arbeit nicht mit der Behandlung der Verletzungen getan ist, sondern von der genauen Analyse der Ursachen der Verletzung bis zum Schutz des Opfers reicht, ist interdisziplinäre Zusammenarbeit und koordiniertes Vorgehen wichtig.

Um dies zu erleichtern, wurden auf Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und dem „Jugend- und Familienministerium“ seit Mitte der 1990er Jahre an Krankenanstalten in ganz Österreich Kinderschutzgruppen eingerichtet. Im Jahr 2004 wurden sie für alle Kinderkliniken und Krankenhäuser mit Kinderabteilungen gesetzlich vorgeschrieben. Eine Übersicht über den aktuellen Stand finden Sie im Adressteil.

Dieser Leitfaden ist ein Beitrag zur Sensibilisierung auf Anzeichen von Gewalt an Kindern, seien sie physischer oder psychischer Art. Er soll das Erkennen von Gewaltsymptomen erleichtern und Hilfestellung zur Dokumentation der Befunde geben.

Eigene Formblätter unterstützen die Erstdokumentation bzw. die Befassung der Gerichtsmedizin. Mit dem Formular zur „Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger über Gewalt an einem Kind oder Jugendlichen“ können Meldepflichtige ihre Beobachtungen mitteilen.

Die im Anhang vorgestellten Formblätter, die Adresslisten und den Leitfaden selbst können Sie über die Webseiten des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend www.bmgfj.gv.at und www.kinderrechte.gv.at herunterladen.

Diese Publikation soll engagierten Ärztinnen und Ärzten an Kinderspitälern und an Krankenhäusern mit Kinderabteilungen sowie insbesondere auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten helfen, gemeinsam mit ihrem medizinischen Mitarbeiterstab sowie externen Expertinnen und Experten, Kinderschutz zu einem festen Bestandteil ihrer Arbeit zu machen.

Das Redaktionsteam

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Abt. II/2 - Jugendwohlfahrt und Kinderrechte
Franz Josefs-Kai 51, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.Doz. Dr. Leonhard Thun-Hohenstein
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Univ.Klinik für Psychiatrie I
Universitätsklinikum Christian Doppler Klinik,
Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg

Autor/innen:

DSA Christiane Bär, DSA Daniela Brandstetter, WOR Dr.ⁱⁿ Elisabeth Friedrich, DKKS Angelika Koncz,
Dr.ⁱⁿ Karin König, OA Dr. Michael J. Merl, OA Dr. Wolfgang Novak, Mag.^a Agnes Salomon

Endredaktion und Lektorat: Dr.ⁱⁿ Maria Orthofer/BMGFJ
Grafische Gestaltung: Mag.^a Gisela Scheubmayr/www.subgrafik.at
Titelbild: © Getty Images/Peter Dazeley
Druck: Holzhausen Druck + Medien

Erhältlich bei:

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
Broschuerenservice@bmgfj.gv.at; Tel.: 71100-4700
www.bmgfj.gv.at, Bestellservice, Familie

Downloads von Formularen und Adressen:
www.bmgfj.gv.at (jugend/jugendwohlfahrt)
www.kinderrechte.gv.at (service/downloads)

Kinderschutz in der ärztlichen Praxis

Ärztinnen und Ärzte werden in ihrer Praxis mit den Folgen von körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Gewalt mitunter als erste konfrontiert. Weil die Betroffenen selbst und auch die Angehörigen meist versuchen, die Ursachen für die körperlichen oder seelischen Verletzungen zu verbergen, ist es wichtig, dass alle in Gesundheitsberufen Tätigen auf die Symptome hellhörig sind und Strategien kennen, damit richtig umzugehen.

Viele niedergelassene Ärzt/innen haben mit Opfern von häuslicher Gewalt zu tun, zu selten jedoch, um Erfahrung für ein geeignetes Fallmanagement zu sammeln (70 % der im Rahmen einer Studie befragten Ärzt/innen gaben an, einmal pro Jahr einen Fall zu beobachten; Kopecky-Wenzel, 2000). Dieser Leitfaden, der für die Arbeit in Kinderschutzgruppen an Krankenhäusern entwickelt wurde, soll Ihnen eine Handlungsanleitung geben, um in der alltäglichen, stressigen Situation in der Praxis adäquat reagieren zu können.

Eine Grundvoraussetzung für ein gutes Management von Fällen mit Gewalt am Kind ist also zunächst die Fähigkeit, die Symptome und Signale zu erkennen und sie richtig zuzuordnen sowie über eine vorbereitete Strategie für den Umgang mit solchen Situationen zu verfügen. Die in diesem Leitfaden angeführten medizinisch-diagnostischen Vorgehensweisen sowie die Prinzipien der Kinderschutzgruppenarbeit in Spitälern gelten im Wesentlichen auch für die Arztpraxen.

Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen für den Umgang mit Gewalt am Kind beruhen auf dem *Hamburger Leitfaden für Arztpraxen* (2006)

- 1. Das Wohl des Kindes in den Vordergrund stellen:** In der ärztlichen Versorgung steht das betroffene Kind im Vordergrund, nicht das Gewaltproblem. Erst nach der medizinischen Hilfe geht es um die Aufdeckung der Gewalt.
- 2. Nicht in Aktionismus verfallen:** Weil das Wohl des Kindes im Mittelpunkt steht, für das Sie parteilich eingreifen, ist ein besonnenes Vorgehen wichtig.
- 3. Eigene Bewertung und Einstellung klären:** Bleiben Sie dem Kind gegenüber auch bei Misshandlung oder Missbrauch unbefangen. Entsetzte und empörte Äußerungen wie „Das ist ja schrecklich, was dir angetan wurde!“ helfen nicht weiter. Wichtig ist, dem Kind ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Auch das Verhalten gegenüber den Begleitpersonen sollte freundlich sein, Vorwürfe oder Vorurteile helfen nicht weiter.

- 4. Eigene Möglichkeiten und Grenzen kennen:** Opfer von Gewalt, oder auch die ganze Familie können hohe Erwartungen an die Ärztin / den Arzt haben. Hier müssen rechtzeitig die eigenen Möglichkeiten und Grenzen deutlich gemacht werden, um nicht Versprechen zurücknehmen zu müssen und Vertrauen zu zerstören.
- 5. Mit anderen Hilfeeinrichtungen zusammen arbeiten:** Es ist in der Regel nicht möglich, einen Fall von familiärer Gewalt allein zu behandeln und das Problem des Kindes zu lösen. Den Ärzt/innen kommt hier in erster Linie die Rolle von Initiatoren und des ärztlichen Begleiters für das Kind und die Familie zu. **Gute Netzwerke** vor Ort sind daher für jede Ärztin / jeden Arzt unerlässlich. Im Adressteil der Broschüre finden Sie neben der zuständigen Jugendwohlfahrtsbehörde anerkannte Einrichtungen, die abgestimmte Hilfen für das Kind und die Familie entwickeln können.

Was ist zu tun?

Bei der **Erstuntersuchung** in der ärztlichen Praxis ist zuerst der Befund zu erheben, wofür das Formular „*Zuweisung an die Kinderschutzgruppe*“ die wichtigsten Informationen enthält. Zusätzlich ist es wichtig, ein **Bild über die familiäre Situation** zu gewinnen. Wenn die Befragung der Eltern nicht ausreichend Aufschluss gibt, kann nach der Erhebung und Sicherung des Erstbefundes ein Hausbesuch notwendig sein. Diesen kann entweder die Ärztin / der Arzt persönlich absolvieren oder an die Jugendwohlfahrt delegieren.

Auf jeden Fall muss die Ärztin / der Arzt nach der Erstuntersuchung entscheiden, ob die Situation des Kindes für eine **ambulante Betreuung in der Praxis ausreichend sicher** ist. Sollte diese nicht ausreichend sein, ist eine **Einweisung an ein Kinderkrankenhaus** mit Kinderschutzgruppe nötig; diese muss mit einer medizinischen Diagnose und der ausgedrückten Sorge der/des betreuenden Ärztin/Arztes betreffend des medizinischen Wohlergehens des Kindes begründet sein. Wenn eine ambulante Betreuung möglich ist, so soll mit den sozialen Diensten (Jugendwohlfahrt) und/oder (so vorhanden) kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten Kontakt aufgenommen und das weitere Vorgehen gemeinsam geplant werden. Jedes Kind mit einer Diagnose „Verdacht auf Misshandlung oder Missbrauch“ sollte jedenfalls in **kurzen Abständen wieder bestellt** werden.

Bei schwerwiegenden Vorfällen sind Ärzt/innen zur Anzeige verpflichtet. Wichtig ist aber zu wissen, dass eine Strafanzeige dann ausbleiben kann, wenn das Kindeswohl besser auf anderen Wegen in Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt gesichert werden kann.

Inhalt

Schutz vor Gewalt ist ein Kinderrecht	8
Gewalt an Kindern	10
Definition	10
Risiko- und Schutzfaktoren	10
Formen und Häufigkeit von Gewalt an Kindern	12
Körperliche Gewalt	14
Seelische Gewalt	18
Sexuelle Gewalt	19
Vernachlässigung	20
Kombinierte Formen und Sonderformen	21
Folgen der Gewalt am Kind	23
Todesfolge	23
Organische Folgen von Traumata	23
Psychische Folgen von Traumata	23
Behandlung traumatischer Folgeerkrankungen	27
Die Kinderschutzgruppe (KSG)	29
Gesetzlicher Hintergrund und Formalstatus	29
Zusammensetzung	30
Aufgaben	30
Ziele	31
Algorithmus: Vorgehen der Kinderschutzgruppe	32
Ärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt am Kind	37
Erstuntersuchung	37
Stationäre Aufnahme / Ambulantes Vorgehen	38
Diagnostik	38
Forensische Spurensicherung	41
Untersuchung des Kindes	41
Spurensicherung	42
Abstriche	43
Weiteres Material	43
Asservierung von Blut und Harn	44
Dokumentation	44
Fotodokumentation	44
Pflegerische Aspekte der Kinderschutzarbeit	46
Sozialarbeiterische Interventionen	47
Kooperation zwischen Klinik, Jugendwohlfahrt, Polizei und Gerichten	50
Literatur und Links	51
Fachliteratur und -bücher	51
Fachzeitschriften	54
Leitlinien	55
Literatur für Kinder	55
Literatur für Jugendliche	56
Romane	57
Internetadressen	58
Anhang	59
Adams-Kriterien	60
„Leading Edges“	63
Pathophysiologie bei Schütteltrauma	64
Gesetzestexte	65
Leitfaden zur Dokumentation	68
Pflegedokumentationsblatt 1 und 2	68
Zuweisung an die Kinderschutzgruppe	70
Dokumentation der Kinderschutzgruppe	72
Zusammenfassende Beurteilung der Kinderschutzgruppe	75
Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger	78
Kinderschutzeinrichtungen in Österreich	79
Kinderschutzgruppen in Krankenhäusern	79
Kinderschutzeinrichtungen	84
Autor/innen	88

Schutz vor Gewalt ist ein Kinderrecht

„Das Kind wird nicht erst Mensch, es ist Mensch.“

Diese berühmte Aussage des Pädagogen Janus Korczak drückt die Grundhaltung der Konvention über die Rechte des Kindes (KRK) aus, die 1989 von den Vereinten Nationen beschlossen wurde. Mit seinem Beitritt im Jahr 1992 hat sich Österreich verpflichtet, nur Gesetze zu beschließen, die der Konvention entsprechen und Maßnahmen zu setzen, damit die Ziele der Konvention erreicht werden.

Kinderrechte zwischen Selbstbestimmung und Schutzbedürftigkeit des Kindes

Die Kinderrechtskonvention versucht, einen Ausgleich zu finden zwischen den Bedürfnissen nach Versorgung und Schutz sowie Selbständigkeit des Kindes - *das sind Mädchen und Buben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.*

Ziel der Kinderrechtskonvention ist, dass Kinder in ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten wahrgenommen und als Träger/innen eigenständiger Rechte respektiert werden. Daher muss immer, wenn es um Kinder geht, deren Wohl im Mittelpunkt des Interesses stehen; die Orientierung am Kindeswohl ist somit das Generalprinzip der KRK (Artikel 3).

Beteiligung - Mitsprache

Kinder haben sowohl die Fähigkeit als auch das Bedürfnis und damit auch das Recht auf Beteiligung und Mitsprache in allen sie betreffenden Angelegenheiten. Das Prinzip der Partizipation, eines der vier Grundprinzipien der KRK, fordert die Achtung der Meinung von Kindern und Jugendlichen (Artikel 12).

Versorgung

Selbstverständlich haben Kinder auch das Bedürfnis und damit das Recht auf adäquate Grundversorgung, damit sie sich bestmöglich entfalten können. Nahrung, Wohnraum, Gesundheit und Bildung, Kultur und Freiraum sind die wesentlichen Aspekte, wenn das Grundprinzip Recht auf Entwicklung (Artikel 6) umgesetzt wird.

Schutz vor Gewalt und Ausbeutung

Und schließlich haben Kinder das Recht auf Schutz vor Gewalt und Ausbeutung. Dafür sind gewiss geeignete Gesetze nötig, für die die Regierung zu sorgen hat. Genau so wichtig ist es aber, dass alle Mitglieder unserer Gesellschaft, alle Menschen die Verpflichtung mittragen, Gewalt gegen Kinder zu verurteilen, zu verhindern und Opfern von Gewalt zu helfen.

Gewalt gegen Kinder: Versteckt, kaum aufgezeichnet, wenig berichtet ...

Die Vereinten Nationen stellten in einer weltweiten Studie (2006) fest, dass Gewalt gegen Kinder aus verschiedenen Gründen nach wie vor versteckt ist: Aus Furcht, weil Täter häufig jene Menschen sind, die Kinder eigentlich beschützen sollten - Eltern, Familienmitglieder oder mächtigere Mitglieder der Gesellschaft - und weil Kinder oft keine sicheren und vertrauenswürdigen Wege finden, darüber zu berichten.

Keine Gewalt ist zu rechtfertigen, jede Gewalt ist vermeidbar.

Dies ist die Hauptaussage der UN-Studie: Es gibt keine Entschuldigungen für Wegschauen mehr, sagen die am Studienprozess beteiligten Kinder.

Da die Konsequenzen von Gewalt von ihrer Natur und Schwere abhängen, hat auch die Reaktion auf Gewalt sehr vielfältig zu sein und die Art der Gewalt, die Täter/innen und das Umfeld, in dem sie stattfindet - Familie, Schule, Heime, sozialer Nahraum, Arbeitsplatz, usw. - sowie das Kindeswohl zu berücksichtigen.

Nicht alle Kinder sind gleich gefährdet, Opfer von Gewalt zu werden. Die Verletzbarkeit hängt von ihrem Alter und ihren jeweiligen Fähigkeiten ab, vom Geschlecht, der ethnischen Herkunft, von Behinderung oder ihrem sozialen Status. Darauf ist besonders zu achten.

Die Regierungen sind hauptverantwortlich für den Schutz von Kindern und den Zugang zu Gewaltschutzeinrichtungen sowie für die Unterstützung von Familien, damit diese ihren Kindern ein sicheres Aufwachsen ermöglichen können. Aber nur wenn die Menschen sensibel genug wahrnehmen, wenn das Wohl eines Kindes verletzt ist und dann auch noch couragiert handeln, können wir uns einer gewaltarmen Gesellschaft annähern.

Gewalt an Kindern

Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung

Definition

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist eine - bewusste oder unbewusste - gewalt-same körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder gar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht (vgl. Bast 1978). Aus dem Blickwinkel der Kinderrechte ist Gewalt am Kind eine Verletzung der in der Konvention definierten Kinderrechte, insbesondere des Rechts auf Schutz.

In der Literatur finden sich die Begriffe Gewalt am Kind, Missbrauch und Misshandlung. „Gewalt am Kind“ gilt als Überbegriff und die übrigen sind Spezifizierungen der Form und Zielrichtung der Gewalt. Für diesen Leitfaden wird prinzipiell von Gewalt am Kind gesprochen und bei spezifischen Beschreibungen der spezifische Begriff verwendet.

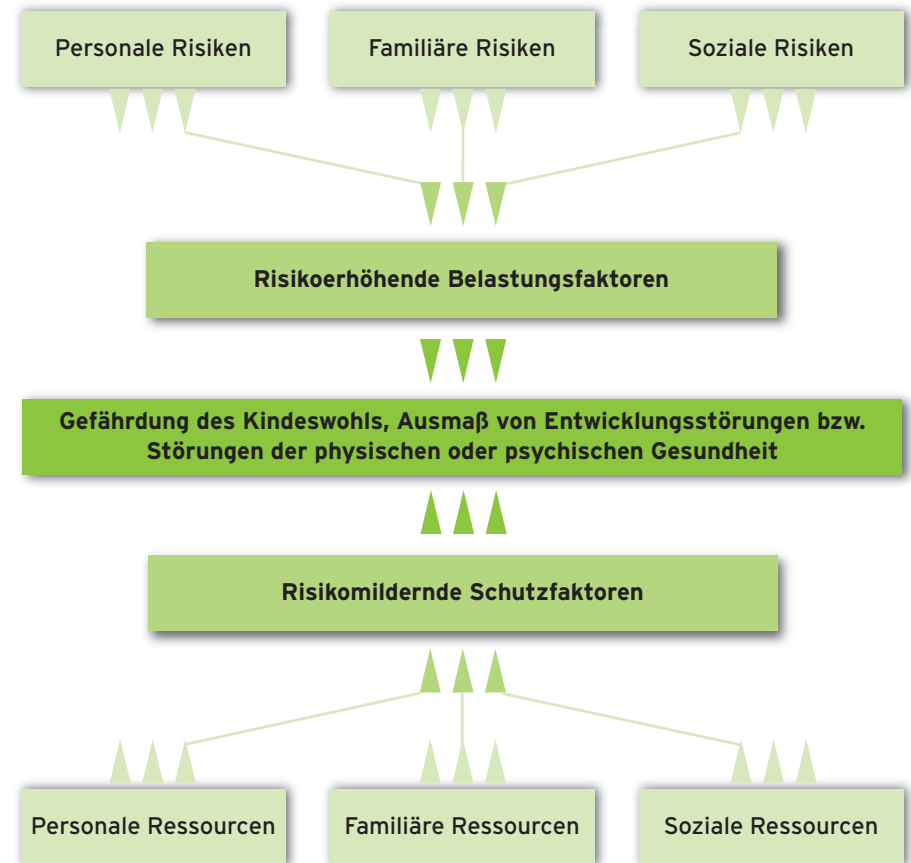
Risiko- und Schutzfaktoren

Nach Deegner und Körner (2006) können in folgenden Ebenen Ursachen für die Entstehung von Gewalt liegen:

1. Individuelle Ebene: z. B. Merkmale der Biographie und Persönlichkeit
2. Im Mikrosystem der unmittelbaren psychosozialen Umgebung: z. B. Familie
3. Im Exosystem der sozialen Umgebung, auf kommunaler Ebene
4. Im Makrosystem der gesellschaftlichen und kulturellen Einflüsse

Schematisch lassen sich die schwächenden und stärkenden Faktoren wie folgt darstellen:

Risiko + Schutzfaktorenmodell



Mit zunehmendem Risiko steigt auch die Wahrscheinlichkeit der Gewaltausübung und dadurch auch die Häufung auffälligen Verhaltens der Kinder. Wesentlich ist die Tatsache der Wechselwirkungen zwischen Elternfaktoren, kindlichen Faktoren sowie Schutz und Risikofaktoren und der Gen-Umwelt-Interaktionen.

Folgende Schutz- und Risikofaktoren sind für die jeweiligen Ebenen typisch:

Personale Ebene	
Risikofaktoren	z.B. psychische Störung, Alkohol-, Drogenabhängigkeit, schlechte Schulbildung, berufliche Anspannung etc.; kindliche Behinderung
Schutzfaktoren	z.B. seelische Gesundheit, positive Schulerfahrungen, positives Temperament
Familiäre Ebene	
Risikofaktoren	z.B. chronische Disharmonie, Gewalt in der Familie; Alleinerzieherstatus, fehlende Väter, Arbeitslosigkeit, Armut
Schutzfaktoren	z.B. Großfamilie, kompensatorische Erwachsene, gemeinsame optimistische Lebenseinstellung
Soziale Ebene	
Risikofaktoren	z.B. häufige Ortswechsel, soziale Isolation, Gewalt in der Umgebung; keine unterstützenden Ressourcen in der Umgebung; Traumatisierung
Schutzfaktoren	z.B. stabile Wohn- und Einkommensverhältnisse, in Umgebung gut integriert, Unterstützung in Umgebung, sozial ruhige Umwelt

Formen und Häufigkeit von Gewalt an Kindern

Werden die Betroffenen selbst befragt, geben ca. 30 % der Mädchen und 40 % der Burschen an, subjektive Gewalterfahrung zu haben. Wegen Verdachts auf Gewalt wurden zw. 0.74 - 4.4 % (7.4 - 44/1000) unter 15-Jährige zugewiesen, bestätigt wurde diese in zw. 0.7 - 1.23 % der Fälle (Theodore 2005, Trocmè 2003, Schnitzer 2004). In Kinderspitälern oder anderen einschlägigen Einrichtungen finden sich Angaben von 0.5 - 1.4 % der jeweils behandelten Patienten (Pless 1987, Bengel 2002, Thun-Hohenstein 2006).

Formen der Gewalt

1. körperliche Gewalt
2. seelische Gewalt
3. sexuelle Gewalt
4. Vernachlässigung
5. kombinierte und Sonderformen
 - a. nicht-organische Gedeihstörung
 - b. psychosozialer Minderwuchs
 - c. Münchhausen-by-proxy-Syndrom
 - d. Gewalt in der Familie

Häufigkeit der einzelnen Formen von Gewalt

Ausgehend von allen Formen findet sich eine Verteilung von:

Körperliche Gewalt	25 %
Seelische Gewalt	zw. 3 - 25 %
Sexuelle Gewalt	10 %
Vernachlässigung	zw. 40 - 50 %
Mischformen	15 %
Sonderform: Münchhausen-by-proxy	1 - 2 %

(Deegener & Körner 2005, WHO 2003, US Dep Health & Sciences 2002)

In Relation zur Bevölkerung finden sich folgende Häufigkeitsangaben:

Körperliche Gewalt	2.5 - 40 / 1000 Kinder
Seelische Gewalt	?
Sexuelle Gewalt	1.8 - 10.5 / 1000 Kinder
Vernachlässigung	4.0 / 1000 Kinder
Sonderform: Münchhausen-by-proxy	0,5 / 100.000 Kinder

(WHO 2003, US Dep Health & Sciences 2002)

Indikatoren für Gewalt

Es gibt eine Reihe von allgemeinen und unspezifischen Symptomen, die Untersuchende hellhörig machen sollen. Obwohl die Indikatoren nicht spezifisch genug sind, um als diagnostische Merkmale verwendet zu werden, sind sie Anlass, den Verdacht auf Gewalt am Kind in die Differentialdiagnose einzubeziehen.

Allgemeine Hinweise und Verhaltensauffälligkeiten bei Eltern / Erziehungsberechtigten:

- Klagen über Überforderung bzw. Überlastung bei der Kinderbetreuung
- Hinweise auf unzureichendes Erziehungsvermögen, Anwendung inadäquater Erziehungsmethoden
- Gewalt in der Familie / unter (Ehe-)Partnern
- häufige Wechsel der Betreuungseinrichtungen, häufige Übersiedlungen
- spontane Schilderungen über eigene belastete Kindheit, Misshandlung etc.
- psychopathologische Auffälligkeiten

Körperliche Gewalt

Körperliche Gewalt ist jede Form nicht-akzidenteller Verletzung der körperlichen Integrität. Folgende Warnzeichen sollten Untersuchende hellhörig machen in Bezug auf Misshandlung:

- Signifikante Verzögerung zwischen Verletzungszeit und Vorstellung bei der Ärztin / beim Arzt bzw. in der Klinik
- Erklärungen, die nicht zum Verletzungsmuster passen
- Verletzungen die bezüglich Alter und Lokalisation inadäquat sind (siehe Abbildung „leading edges“ im Anhang)
- Inkonsistente Beschreibungen des Verletzungsherganges bzw. sich ändernde Beschreibungen
- Verweigerung bzw. Ärger bei genauerer Exploration
- Erklärungen, die nicht zum Entwicklungsalter des Kindes passen
- positive Anamnese hinsichtlich Gewalt in der Familie

Klinisches Bild der körperlichen Misshandlung:

a) Folgen von Schlägen:

mit Händen und/oder Gegenständen

b) Verbrennungen und Verbrühungen:

Diese können die Folge von Vernachlässigung oder aber direkter absichtlicher Misshandlung sein. Folgende Formen sind zu finden:

Verbrühungen mit heißen Flüssigkeiten (z. B. Badewanne) und trockene Verbrennungen durch heiße Gegenstände (Bügeleisen, Kochtöpfe etc.) oder Zigaretten, elektrischen Strom (Strommarken) oder Verbrennungen durch Teppiche / Böden, über die die Kinder gezogen werden.

c) Frakturen:

Hoch spezifische Muster: metaphysäre Verletzungen, Rippenfrakturen (v. a. posteriore) und unübliche Frakturen (z. B. spinale Fraktur, Fraktur des Akromion). Mäßig spezifische Muster: multiple Frakturen (v. a. bilateral) Frakturen verschiedenen Alters, Fraktur der Finger und Zehen (v. a. bei noch nicht gehenden Kindern), komplexe Kopffrakturen.

d) Kopfverletzungen:

Typisch für die nicht-akzidentelle Kopfverletzung sind: Frakturen, die mehr als einen Knochen betreffen, Impressionsfrakturen, erweiterte Frakturen, wachsende Frakturen sowie Frakturen mit assoziierten intrakraniellen Blutungen. Typisches Alter: Säuglinge, Typische Ursache: Schütteltrauma („shaken baby syndrome“).

e) Augenverletzungen:

Beispiele sind subkonjunktivale Blutungen (z. B. nach Erstickungsversuchen); dislozierte Linse, Glaskörperblutungen, Blutungen und/oder Ablösung der Retina (z. B. Schütteltrauma) sowie äußere Verletzungen des Auges und der Lider.

f) Innere Verletzungen: Cave: Lange Latenz!

Innere Verletzungen sind seltene Folge körperlicher Gewalt und wenn vorhanden, werden sie mit außerabdominellen Verletzungen assoziiert. Abhängig von den getroffenen Organen haben sie unterschiedliche Folgen: Schädigung der Hohlorgane führen eher zu typischen abdominellen Beschwerden, Verletzungen der soliden Organe führen eher zu generalisierten Reaktionen wie Schock, Koma, Sepsis etc.

g) Vergiftungen:

Vergiftungen sind bei Kindern unter drei Jahren am häufigsten, sind aber in jedem Alter möglich; typisch für Vergiftungen sind die Präsentation eher unüblicher Symptome, sie sind oft durch verordnete Medikamente verursacht, meist mehrere gleichzeitig, größere Mengen mit konsekutiven Symptomen mit deutlichem klinischem Krankheitszustand, häufige Wiederholungsrate; zwei Drittel dieser Vergiftungen treten in Zusammenhang mit dem Münchhausen-by-proxy Syndrom auf.

h) Tötung:

85 % davon sind Infantizid, d. i. die Tötung eines Kindes im Alter von bis zu 12 Monaten, zumeist durch die Kindesmutter.

Schütteltrauma

● Definition

Unter Schütteltrauma, Shaken Baby Syndrome, nachfolgend SBS genannt, versteht man folgende Befundkonstellation bei Säuglingen:

- Enzephalopathie
- Subduralhämatome, meist verschiedenen Alters
- Netzhautblutungen, ein- und/oder beidseitig
- ev. Griffmarken an den Oberarmen o. seitlich am Thorax
- ev. metaphysäre Frakturen an langen Röhrenknochen

● Pathophysiologie

Das Vollbild eines SBS erfordert gewaltsames und heftigstes Hin- und Herschütteln eines Säuglings, wodurch der Kopf unkontrolliert vor und zurück geschleudert wird bzw. umherrotiert (siehe Abb. „Pathophysiologie bei Schütteltrauma“ im Anhang). In der Folge kommt es einerseits zu einem traumatisch bedingten Atemstillstand durch mechanische Alteration am craniocervicalen Übergang und andererseits zu Verletzungen und Zerreißen von Gefäßen und Axonen. Beide Mechanismen führen zu einer Hirnswellung und somit zu einer schweren diffusen Hirnschädigung.

Nach Schilderungen geständiger Täter wird ein Säugling beim SBS in einem Zeitraum von etwa 5 - 10 Sekunden ca. 10 - 30-mal geschüttelt. Um die für das SBS typischen Gehirnschäden hervorzurufen, ist eine erhebliche physikalische Kraftwirkung erforderlich. Jedenfalls führt das übliche „etwas Schütteln“, „Umher-schlenkern“, Hochnehmen eines Säuglings ohne Kopfunterstützung, Vibrationen und Erschütterungen durch einen Rettungstransport, forscher bzw. ungeschickter Umgang mit einem Säugling u. ä. nicht zu diesen schweren Verletzungen.

Prädisponierend ist das sog. „Hauptschreialter“ von zwei bis fünf Monaten sowie folgende anatomische Besonderheiten von Säuglingen:

- überproportional großer Kopf mit relativ hoch sitzendem Gehirn
- größerer Subduralraum bis zu 10 mm Breite und geringere Festigkeit der Meningen
- höherer Wassergehalt und geringere Myelinisierung des Gehirns, d. h. größere Massendifferenz zwischen grauer und weißer Substanz und somit höhere Disposition für Schertrauma und axonale Verletzungen

- schwache Nackenmuskulatur und somit kaum vorhandene Kopfkontrolle und letztlich
- das physische Ausgesetztsein gegenüber einem wesentlich größeren und stärkeren erwachsenen Misshandler (Massenunterschied 10-20:1).

Der pathogenetisch und prognostisch relevante Mechanismus der Hirnschädigung ist Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussion. Mit Sicherheit kann aber festgestellt werden, dass Säuglinge, die schwere neurologische Störungen und Spätschäden aufweisen, direkt nach dem Schüttelereignis auch für Laien erkennbar auffällig sind. Weiters steht fest, dass der Vorgang des Schüttelns für sich alleine im Stande ist, diese massiven Befunde hervorzurufen, ohne dass der Kopf gegen harte Flächen oder Kanten geschlagen wird (Gegensatz: Shaken Baby Syndrome versus Shaken Impact Syndrome [SIS]). In diesem Sinne sollte nur dann von einem SBS gesprochen werden, wenn der Säugling ausschließlich geschüttelt wurde. Bei zusätzlichen Verletzungsmustern sollte von SIS oder, noch besser, von Non accidental Head Injury [NAHI] gesprochen werden.

● Symptome

Das Spektrum der neurologischen Auffälligkeiten umfasst Irritabilität, Trinkschwäche, Somnolenz, Apathie, cerebrale Anfälle, Atemstörungen, Erbrechen bis hin zum Koma und Tod.

Bezüglich der oben beschriebenen klinischen Symptome ist eine weitere Besonderheit des SBS hervorzuheben: sie treten, im Gegensatz zu vielen anderen neurologischen Verletzungsmustern, ohne oder mit nur kurzer Latenz (Minuten bis Stunden, im Schnitt 83 min) nach dem Trauma auf. Auch dies deckt sich mit Aussagen geständiger Täter/innen. Wenn das SBS in seiner Ausprägung auch sehr variabel sein kann, so ist ein Säugling nach einem Schütteltrauma primär niemals unauffällig.

● Abklärung

Entsprechend der initialen Enzephalopathie müssen solche Patienten an einer Intensivstation aufgenommen werden. Folgende Untersuchungen sind in der Akutphase erforderlich:

- Craniale Computertomographie [CCT]
- Fundoskopie mit Videodokumentation, beides möglichst rasch

- Falls keine neurochirurgische Intervention erforderlich ist, sollte eine Lumbalpunktion zwecks genauerer Differenzierung des Einblutungszeitpunktes erfolgen (Liquorzytologie).

- Schädel- und Halswirbelsäulen-Magnetresonanztomographie [HWS-MRT] am zweiten oder dritten Behandlungstag.

- **Prognose**

Die Prognose ist schlecht: 20 - 25% sterben in den ersten sechs Wochen nach dem Trauma, von den Überlebenden haben 75 - 80% schwere neurologische Defizite bzgl. Sehen, Hören, Sprechen und Entwicklung.

Seelische Gewalt

Die Definition dieser Misshandlungsform ist besonders uneinheitlich, weil das Spektrum der emotionalen Gewalt breit ist. Darüber hinaus gibt es keine Misshandlung, die nicht auch Charakteristika der seelischen oder emotionalen Misshandlungen zeigt. Definiert wird sie am ehesten durch Kriterien der Beziehungsgestaltung wie

- mangelnde Interaktion
- Zurückweisung
- ständige Kritik
- unrealistische Erwartungen
- das Kind muss die unerfüllten Wünsche und Ambitionen der Erwachsenen erfüllen
- eine Spezialform stellt der „Missbrauch des Missbrauchs“ dar, bei dem Kinder zu „Instrumenten“ in der Austragung von Streitigkeiten zwischen Erwachsenen gemacht werden
- Entmutigung, sich in altersentsprechender Weise zu sozialisieren

Diese Aktionen führen beim Kind zu Veränderungen des emotionalen Zustandes (zurückgezogen, depressiv, wenig Interaktion), Verhaltensauffälligkeiten (Aufmerksamkeitssucher, oppositionelles und aggressives Verhalten etc.), veränderten Beziehungen zu Gleichaltrigen, Entwicklungsverzögerungen bis hin zu körperlichen Folgen wie nicht-organische Gedeihstörung (siehe auch Vernachlässigung), (psychosozialer) Minderwuchs, Schlafstörungen, nicht-organische Schmerzen. Hochrisikogruppe für diese Form der Misshandlung sind Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen, bei Gewalt in der Familie und Substanzabusus.

Sexuelle Gewalt

Unter sexueller Gewalt versteht man jede sexuelle oder sexuell intendierte Handlung eines Erwachsenen oder älteren Jugendlichen mit einem Kind. Es geht dabei um die Ausnutzung der Macht des Älteren, der Autoritätsperson. Sexueller Missbrauch wird langfristig geplant durchgeführt und findet zumeist in der eigenen Familie statt, in der Adoleszenz auch durch Peers. Sexueller Missbrauch kommt schichtunabhängig vor, mehrheitlich sind Mädchen die Opfer.

Formen sexueller Gewalt: Berührung an den Geschlechtsteilen, Aufforderung den Täter anzufassen, Zungenküsse, oraler, vaginaler und analer Verkehr oder Penetration mit Händen / Gegenständen etc. Auch Handlungen ohne direkten Körperkontakt wie Exhibitionismus, Zusehen bei sexuellen Aktivitäten oder gemeinsamer Konsum von Pornovideos gelten als sexuelle Gewalt.

Klinisches Bild der sexuellen Gewalt: Weil häufig ohne sichtbaren klinischen Befund, ist die Aussage des Kindes von großer Bedeutung.

Beweise: Die Befragung vor Gericht darf daher nur durch speziell geschultes Personal in geschützter, kindgerechter Umgebung und unter Beachtung der Geheimhaltungsregeln vorgenommen werden. Die „schonende Einvernahme“, die bei Minderjährigen im Rahmen der gerichtlichen Erhebungen verpflichtend vorgesehen ist, ermöglicht auch eine Videodokumentation und deren Verwendung im Gerichtsverfahren. Videoaufnahmen, die im Krankenhaus im Rahmen der medizinisch-psychologischen Abklärung produziert werden, werden vor Gericht zwar als Beweismittel frei gewürdigt, ersetzen jedoch vor einem österreichischen Gericht nicht die Einvernahme im Prozess.

Körperliche Befunde:

Direkte Veränderungen im Genitalbereich: Folgen von Manipulation, Fremdkörpern, Penetration etc. (siehe ADAMS-Kriterien, Adams 2005, im Anhang)

- Blutungen aus Genitale oder Anus
- Veränderungen (z. B. Griffmarken) durch Festhalten
- Sexuell übertragbare Erkrankungen bzw. Schwangerschaft

Psychische Befunde:

- Exzessive Masturbation
- (sekundäre) Enuresis, Enkopresis

- Verhaltensauffälligkeiten: Selbstverletzendes Verhalten, aggressives und sexualisiertes Verhalten, prinzipiell alle Symptome kinderpsychiatrischer Störungsbilder; daher nicht spezifisch!
- Psychosomatische Beschwerden: unspezifischer, wiederholter Bauchschmerz (RAP), aber auch Kopfschmerzen, Migräne, Gliederschmerzen
- Freeze-Reaktion bei Untersuchung

Vernachlässigung

Eltern haben sowohl Elternrechte als auch Elternpflichten, die wiederum mit den Kinderrechten in engem Zusammenhang stehen. Vernachlässigung ist der Verstoß gegen diese Pflichten; sie ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen, welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Die Unterlassung kann aktiv oder passiv (unzureichende Einsicht oder Wissen) sein. Oftmals ist die Unterscheidung zur seelischen Gewalt schwierig und häufig ist die Vernachlässigung mit anderen Gewaltformen verknüpft.

Elternpflichten	Entwicklungsaufgaben
Versorgung mit Nahrung mit Kleidung mit Wohnung	Wachstum und Entwicklung Schutz Schutz, Sicherheit, Schlaf
Schutz, Sicherheit; Aufsicht	Vermeidung vorhersehbarer Schäden/Krankheiten
Beziehung	Bindung, Empathie, soziale Fertigkeiten
Lehren	Unterstützung zur Entwicklung von Selbständigkeit

Kombinierte Formen und Sonderformen

Zumeist sind verschiedene Formen der Gewalt am Kind in Kombination zu beobachten. Am häufigsten ist die Kombination von seelischer Gewalt mit allen anderen Formen; häufig ist auch die Kombination sexueller und physischer Gewalt.

Nichtorganische Gedeihstörung (Non-organic-failure-to-thrive)

Untergewicht durch zu geringe Nahrungsversorgung aufgrund emotionaler Deprivation. CAVE: Ernährungsfehler ohne Deprivation bzw. Untergewicht aufgrund medizinischer Krankheiten sind wesentlich häufiger. Die Mortalität dieser Störung ist relativ hoch (3 - 12 %); sie ist jedoch weniger auf Mangelernährung, als auf andere Misshandlungsformen zurückzuführen.

Psychosozialer Minderwuchs

Dies ist ein Zustandsbild mit Minderwuchs entsprechend der klassischen Definitionen (Wachstumsknick, auxologische Daten etc.) vor dem Hintergrund einer psychosozial belasteten Situation. Diagnostisch beweisend ist der Nachweis der durch einen Milieuwechsel erfolgten Normalisierung der hypothalamisch-hypophysären Hormonsituation (GRF, GH, IGF-1 etc). Kann prinzipiell im gesamten Kindesalter auftreten, typischerweise im Kindergartenalter oder Schulalter.

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Das MbpS ist eine seltene, aber schwere Misshandlungsform (2.5/100.000 Kinder unter fünf Jahren). Sie wird meist bei Kindern unter fünf Jahren beschrieben, kann aber in jedem Alter auftreten. Die Zielsetzung und der Krankheitsgewinn der Täterinnen (90 % Mutter) sind darauf gerichtet, Aufmerksamkeit oder Zuwendung für sich als Mutter zu bekommen (kümmert sich gut, tolle, aufopferungsbereite Mutter etc.). Mortalität liegt deutlich über 10 %.

Die gängige Definition umfasst folgende Kategorien:

- Erkrankungszeichen eines Kindes werden von einem Elternteil (zumeist der Mutter) fälschlich angegeben, manipuliert oder produziert
- In der Folge wird das Kind immer wieder medizinischen Untersuchungen zugeführt, die häufig mit invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verbunden sind

- Von den Eltern sind Informationen über die wahre Ätiologie der Erkrankung nicht zu erhalten
- Prinzipiell reversible Symptome verschwinden bei Trennung von Mutter oder primärer Bezugsperson

Gewalt in der Familie / im sozialen Nahraum

Darunter versteht man alle Formen von Gewalt, die innerhalb des Familiensystems bzw. im sozialen Nahraum an einem oder mehreren Mitgliedern ausgeübt werden. Gewalterfahrung haben in solchen Systemen Kinder auch dann, wenn sie selber nicht unmittelbar Ziel der Gewalthandlung waren. Diese Misshandlungsform wird von ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen berichtet, von denen wiederum 30 bis 60 % selbst misshandelt wurden (Kindler & Werner in Deegner & Körner 2005).

Folgen der Gewalt am Kind

Todesfolge

Die Todeshäufigkeit durch Gewaltfolgen wird mit 0.1 - 3.7/100.000 angegeben (WHO 2003, US Dep Health & Sciences 2002). Dabei besteht bei Kindern unter einem Jahr das sechsfache Risiko, bei Kindern zwischen ein und vier Jahren ist es doppelt so hoch wie zu einem späteren Zeitpunkt. Der wichtigste Risikofaktor ist das Ausmaß der Gewalt in der betroffenen Familie. Besonders gefährdet (mit einer Mortalität von 25 %) sind Kinder, die von ihren Eltern geschüttelt werden.

Organische Folgen von Traumata

Vorausgeschickt werden muss, dass es kein typisches klinisches Bild im Sinne eines „Misshandlungssyndroms“ gibt. Akute organische Veränderungen nach Trauma sind traumaspezifische Verletzungen, psychosomatische Beschwerden (chronische Bauchschmerzen etc.), Ess- und/oder Schlafstörungen, Einnässen oder Einkoten. Bei vielen Kindern und Jugendlichen zeigen sich die Folgen eher auf einer psychischen und/oder Verhaltensebene. Auch kognitiv-emotionale Störungen sind häufig.

Chronische Misshandlung führt zu nachweisbaren Hirnschäden, auch wenn das Hirn nicht primärer Angriffspunkt der Misshandlung ist. Seelische Traumata können ebenso zu Veränderungen des Gehirns und der Stressachse führen, so das Leben nachhaltig beeinträchtigen und zu einer erhöhten Morbidität beitragen. Weiters finden sich natürlich Langzeitfolgen von Verbrennungen, Frakturen etc. Die biologische Stressantwort auf Traumata zeigt zu Beginn eine Aktivierung der Stressachse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse). Dadurch kommt es zu einem Anstieg der Katecholamin und Cortisol-Produktion, die die generalisierten körperlichen Folgen (vegetative Aktivierung) auslösen. Über Feed-back-Schleifen reguliert sich diese Stimulation des Stresssystems mit Abklingen des Traumas wieder herunter und kehrt zu einem normalen Ausgangsniveau der Aktivierung zurück. Bei Fortbestehen der Aktivierung der Stressachse führen diese Veränderungen nicht nur zu unmittelbaren Folgen sondern können den Gesundheitszustand eines Menschen auf lange Sicht negativ beeinflussen.

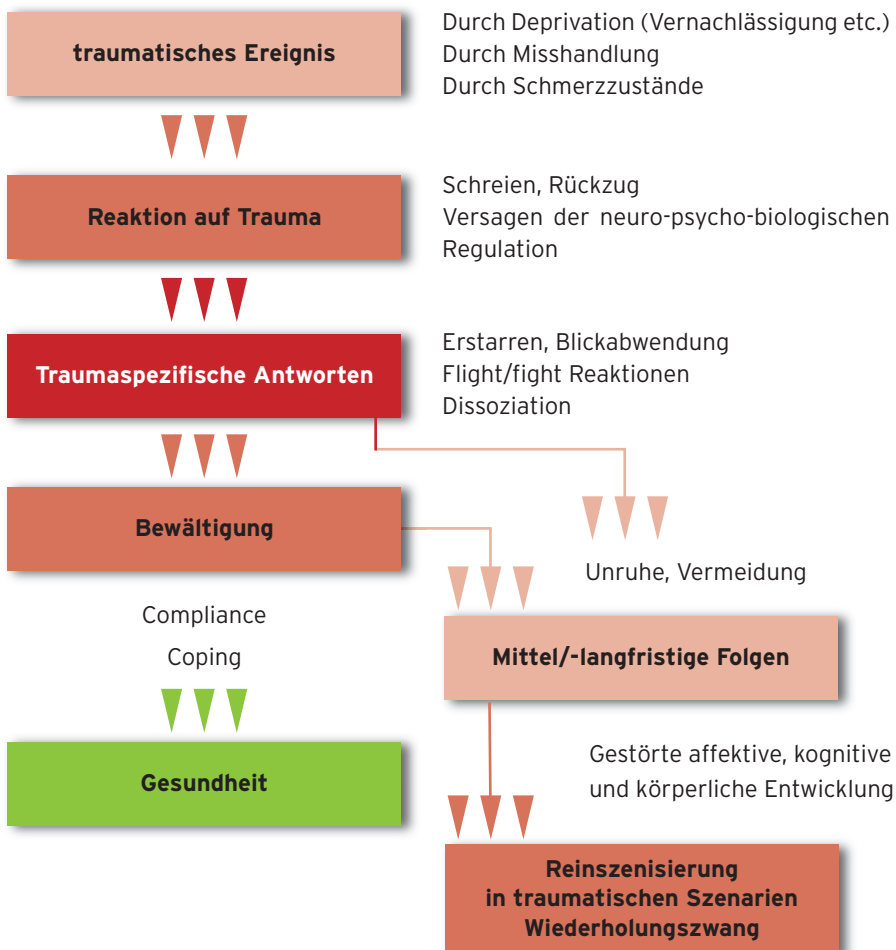
Psychische Folgen von Traumata

Auch bei den psychischen Auffälligkeiten gibt es kein typisches „Misshandlungssyndrom“. Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsprobleme, Denkstörungen ver-

schiedenster Art (z.B. negative Selbstwahrnehmung), Schulschwierigkeiten und Störungen des Sozialverhaltens werden - letztere besonders bei Jugendlichen - als Folgen von Trauma beschrieben. Typische Langzeitfolgen sind posttraumatische Störungen, Angst, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität, selbstschädigendes Verhalten, Sozialverhaltensstörungen sowie erhöhte Gewaltbereitschaft.

Das Vorhandensein eines typischen posttraumatischen Belastungssyndroms ist bei Kindern und Jugendlichen eher umstritten; die Definition der Störung bei Erwachsenen ist jedenfalls deutlich zu eng.

Verlaufsmodell bei traumatischen Belastungen (Modell nach Streeck-Fischer, 2006)



Posttraumatische Belastungsreaktion

Man unterscheidet zwei Formen des Traumas:

Typ 1 akute, einmalige Traumatisierung

Typ 2 chronische Traumatisierung

Typisch für Typ 1 Trauma sind detaillierte Erinnerungen, schlimme Vorahnungen und verzerrte Wahrnehmung, bei Typ 2 Trauma sind es Verleugnung und psychische Betäubung, Selbsthypnose und Dissoziation sowie Wut.

In Abhängigkeit vom Schweregrad, der Art der Einwirkung sowie der Dauer des Traumas kommt es zu teilweise schwer wiegenden seelischen Folgen, welche auf organischen Veränderungen verschiedener Hirnorgane (Amygdala, Hippocampus etc.) und nachfolgender Veränderungen des Stresshaushaltes beruhen. Zu den klinisch beobachtbaren Folgen gehören im Wesentlichen drei zentrale Symptomenkomplexe:

- Symptome des Wiedererlebens
- Vermeidung traumabezogener Reize und Symptome emotionaler Taubheit
- Symptome der erhöhten autonomen Erregung

Bei Kindern, vor allem bei kleinen, gibt es in der Regel ein objektiv nachvollziehbares Trauma. Das subjektiv erlebte Trauma kann je nach Entwicklungsstand fehlen oder (noch) nicht in Worte gefasst werden. Auch die Berücksichtigung der Zeitachse sowie die Vollständigkeit oder Spezifität der Symptome ist für das Kindes- und Jugendalter nicht zu streng zu beurteilen, da das klinische Bild sehr unvollständig, variabel und unterschiedlich sein kann.

- a) **Symptome des Wiedererlebens:** wiederholtes, wenig lustbetontes Nachspielen der traumatischen Situation oder von Teilen davon oder belastende Gedanken, Bilder, Wahrnehmungen (Intrusionen); Alpträume (auch ohne wieder zu erkennenden Inhalt); traumaspezifisches Wiederaufführen des Traumas in Zeichnungen, Geschichten oder Spielen; dissoziative Symptome (Verstummen, aus der Realität driften, Angstzustände); körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit externen /internen traumabezogenen Hinweisreizen
- b) **Vermeidung traumabezogener Reize und Symptome emotionaler Taubheit:** bewusstes Vermeiden von Personen, Orten, Aktivitäten, die an das Trauma erinnern (bei Kindern eher selten; bei Jugendlichen z. B. Vermeidung sexueller Kontakte nach Missbrauch); eingeschränktes Spielverhalten unabhängig vom oben angeführten Wiederaufführen von Traumainhalten; selbstverletzendes Verhalten; Verlust des Glaubens an die Möglichkeit jemals erwachsen zu werden, über-

mäßige Besorgnis in Bezug auf andere; Verlust von prätraumatisch vorhandenen Fähigkeiten (Sauberkeit etc.)

c) **Symptome der erhöhten autonomen Erregung:** Ein- und Durchschlafstörungen, manchmal mit Pavor nocturnus verbunden; erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität; Gedächtnisprobleme (z. B. sinkende Schulleistungen), übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) und übermäßige Schreckreaktionen.

Bei der Beurteilung der Traumafolgen ist es wichtig, das Ausmaß der Beeinträchtigung der Lebensqualität zu beachten, weil diese bereits bei nur wenigen Symptomen recht maßgeblich sein kann.

Klassifizierbare Störungsbilder (nach ICD 10)

Akute Belastungsreaktion (F43.0):

- vorübergehende Störung, bei seelisch gesunden Menschen als Reaktion auf außergewöhnliche psychische / physische Belastung
- Abklingen innerhalb von Stunden und Tagen
- Symptomatik
- Betäubungsgefühl, eingeschränkte Aufmerksamkeit Reize zu verarbeiten, Bewusstseinsengung, Desorientiertheit
- Sozialer Rückzug, Unruhe, Überaktivität
- Vegetative Symptome: Tachykardie, Schwitzen, Erröten

Anpassungsstörung (F43.2)

- Zustand subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen
- Auftreten nach entscheidenden Lebensveränderungen oder belastenden Lebensereignissen
- Beginn innerhalb eines Monats nach dem Ereignis
- Symptome: Insuffizienzgefühle, Angst, Sorge; Störungen des Sozialverhaltens besonders bei Jugendlichen

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

verzögerte Reaktion auf belastendes Ereignis oder außergewöhnliche Bedrohung prädisponierende Faktoren: Zwänge, Neurosen

Symptome

- wiederholtes Erleben des Traumas (Flash back)
- Alpträume
- Betäubungsgefühl, Freudlosigkeit, Aktivitätsvermeidung
- Übererregbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit und Vigilanz
- Schlafstörungen; Angst, Depression; Suizidgedanken

Behandlung traumatischer Folgeerkrankungen

Das Kind muss zunächst einmal in Sicherheit gebracht werden damit es wieder Boden unter den Füßen bekommen kann. Dies geschieht am besten, in dem Sie eine sichere Umgebung schaffen und Schutz vor weiterer (primärer wie sekundärer) Traumatisierung gewährleisten.

Die stationäre Aufnahme sollte daher vor allem dem Zwecke des Schutzes und der Stabilisierung dienen. Mit verbalen und nonverbalen Methoden, die alle Sinnesqualitäten ansprechen und die mit angenehmen Bewegungen und Empfindungen verbunden sind, können schöne, angenehme Bilder erzeugt und Ruhe und Sicherheit vermittelt werden.

Erst wenn die notwendige Stabilisierung, Distanzierung und Ressourcenarbeit erfolgt ist, kann die Traumatherapie mit der Durcharbeitung des schlimmen Ereignisses beginnen.

Auch eine medikamentöse Therapie ist bei schweren Traumatisierungen zu überlegen und durch einen Konsiliar-Kinder- und Jugendpsychiater zu klären.

Sekundäre Traumatisierung

Unter sekundärer Traumatisierung versteht man all jene Maßnahmen, die durch Kenntnis des Traumas erst in Bewegung gesetzt werden und - bei nicht fachgerechter Durchführung - das Potential einer Traumatisierung in sich tragen. Der häufigste Fehler dabei ist, dass die Opfer zu oft befragt werden. Nach den österreichischen Gesetzen ist eine einmalige, schützende Einvernahme nach dem Muster der kontradiktorischen Befragung durch einen Sachverständigen und auf Video aufgenommen ausreichend. Dies muss über die Kriminalpolizei oder bei Gericht beantragt werden (StPO, § 162).

Um diesen Prozess möglichst schonend zu gestalten wurde die psychosoziale Prozessbegleitung eingeführt (www.prozessbegleitung.co.at).

Die Kinderschutzgruppe (KSG)



Die Aufdeckung von Gewalt an Kindern und die Einleitung von adäquaten Schutzmaßnahmen sind komplexe Aufgaben. Ein multiprofessioneller Zugang erleichtert es, körperliche, psychische und sexuelle Gewalt am Kind frühzeitig zu erkennen und bei hoher emotionaler Beteiligung im Umgang mit Opfern von Gewalt sachlich zu bleiben. Kinderschutzgruppen als Teil einer Kinderabteilung (Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) haben auch das Ziel, zur Sensibilisierung, Weiterbildung und fachlichem Austausch beizutragen.

Gesetzlicher Hintergrund und Formalstatus

Die Einrichtung von Kinderschutzgruppen ist in einer Grundsatzbestimmung im § 8e Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz und in den entsprechenden Ausführungsgesetzen der Länder geregelt.

Wichtige gesetzliche Grundlagen für die Aufdeckung von Gewalttaten und die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und Jugendwohlfahrt sind der § 54 Ärztegesetz (bzw. ähnliche Regelungen bezüglich Meldepflichten für andere Gesundheitsberufe) und der § 37 Jugendwohlfahrtsgesetz (siehe Gesetzestexte im Anhang).

Aus juristischer Sicht ist eine KSG ein beratendes Gremium und somit einem Konsiliardienst gleichzusetzen, welcher im Auftrag der zuweisenden stationsführenden Ärzt/innen (Zuweisung siehe Anhang) Anamnese und Befunde erhebt, eine Diagnose stellt, eine Einschätzung der Gesamtsituation erarbeitet und einen abschließenden Befundbericht abgibt, der - rechtlich betrachtet - einem Gutachten (zusammenfassende Beurteilung der Kinderschutzgruppe, siehe Anhang) entspricht.

Konsiliarärzt/innen sind verpflichtet, ihre Ergebnisse gut zu dokumentieren (KSG-Dokumentation siehe Anhang). Der Dokumentationspflicht genügt der Abschlussbericht dann, wenn aus diesem die Situation des beurteilten Kindes klar erkennbar und die Kausalität der Empfehlungen nachzuverfolgen ist. Die KSG steht unter fachärztlicher Leitung, die somit auch die Letztverantwortung inne hat. Ansonsten ist sie nicht hierarchisch strukturiert, sodass alle Mitglieder gleichwertig gehört werden und mitbestimmen.

Die KSG soll regelmäßige Sitzungen abhalten und alle an sie gemeldeten Verdachtsfälle bearbeiten, erörtern und abschließen. In Krisensituationen sollte das Team, oder zumindest Teile davon, akut einberufen werden können.

Zusammensetzung

Eine Kinderschutzgruppe sollte sich aus folgenden Berufsgruppen zusammensetzen:

- Ärzt/innen, jedenfalls Fachärzt/innen für Pädiatrie und/oder Kinderchirurgie. Weiters, je nach Struktur auch Fachärzt/innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Dermatologie, Radiologie, Ophthalmologie, Gerichtsmedizin
- Schwestern und Pfleger
- Psycholog/innen / Psychotherapeut/innen
- Sozialarbeiter/innen

Aufgaben

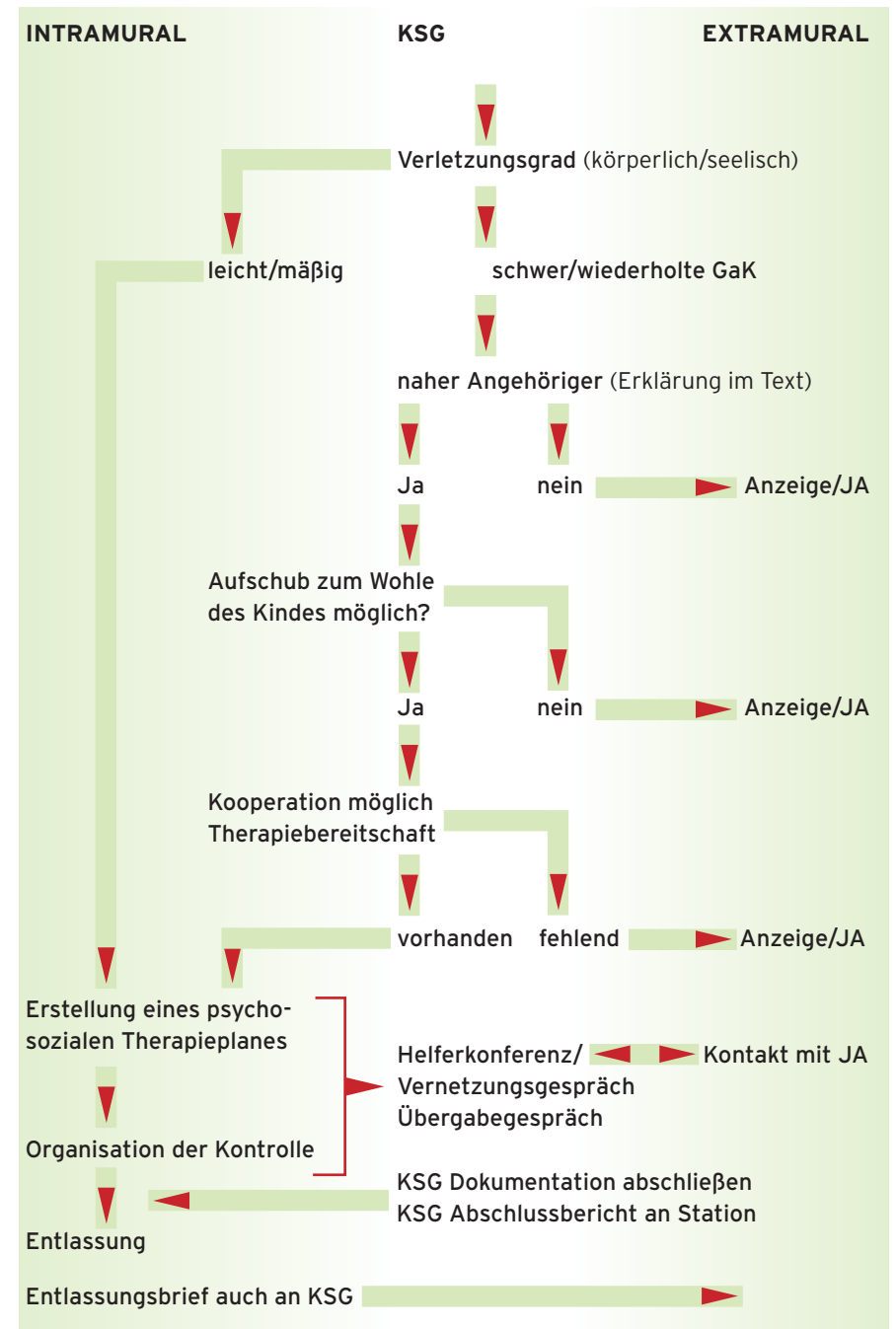
Die wesentlichen Aufgaben einer KSG sind:

- Standardisiertes Vorgehen bei Verdachtsfällen
- Rasche Entscheidung bezüglich Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger, Gefährdung von Geschwistern, Beantragung eines Ausfolgeverbots, polizeiliche Anzeige, etc.
- Erstellung individueller Abklärungspläne
- Standardisierte Spurensicherung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch
- Standardisiertes Vorgehen bei Konfrontationsgesprächen mit Eltern
- Ausreichende Dokumentation
- Diskussion und Reflexion der Fälle in regelmäßigen Sitzungen
- Einholen von Rückmeldungen von diversen Institutionen
- Einbeziehung angrenzender Fachgebiete
- Aus- und Fortbildung aller Berufsgruppen im eigenen Wirkungsbereich
- Kontakt mit
 - Jugendwohlfahrtsträgern
 - Kinderschutzzentren / Kinder- und Jugendanwaltschaft
 - Kinderpsychiatrie, Gerichtsmedizin, andere KSG
 - Polizei
 - Gerichten

Ziele

- Schutz und Erhaltung des Kindeswohls
- Entlastung der stationsführenden Ärzt/innen durch Abbau von Unsicherheit und Ängsten, einen Verdacht auf Gewalt am Kind auszusprechen und abzuklären
- Rasche Abklärung von Verdachtsfällen durch standardisiertes Vorgehen und verbesserte Kommunikation
- Verbesserte Prozesstauglichkeit der standardisierten Dokumentation
- Rascher Erfahrungszuwachs bzw. Kennenlernen anderer berufsspezifischer Sichtweisen
- Zunehmende Sensibilisierung für Gewalt an Kindern und Jugendlichen im eigenen Wirkungsbereich

Algorithmus: Vorgehen der Kinderschutzgruppe



Erläuterungen zum Algorithmus

Intramural bezieht sich auf die Tätigkeiten der jeweiligen Stationsärzt/innen, **extramural** auf Kontakte mit bzw. Tätigkeiten extramuraler Institutionen.

KSG meint die Aktivitäten der Kinderschutzgruppe

Schweregrad der Verletzung: nach dem Injury Severity Score (Greenspan 1985) kann der Schweregrad wie folgt eingeteilt werden: leicht / mäßig / schwer, nicht lebensbedrohlich / schwer, lebensbedrohlich / kritisch, Überleben fraglich.

Feststellung des Verdachtes auf Gewalt am Kind: In der Regel wird der Verdacht von der/vom Ambulanz- oder Stationsärzt/in festgestellt; diese führt gewöhnlich zur **stationären Aufnahme**, welche auch die **Zuweisung zur KSG** (siehe Anhang) nach sich zieht. Die Erstuntersuchung bei Verdacht auf Gewalt muss äußerst schonend durchgeführt werden bei gleichzeitiger Beachtung forensischer Notwendigkeiten (siehe Spurensicherung).

Über die Zuweisung zur Kinderschutzgruppe - wie auch über andere Konsiliaruntersuchungen - müssen die **Eltern informiert** werden.

Nach Anhörung und Diskussion der Anamnese und der vorhandenen Befunde (**Erste Beratung**) gibt die KSG eine konsiliarische Empfehlung zum weiteren Vorgehen ab, welche dann von den Stationsärzt/innen umgesetzt werden kann, aber nicht muss. Diese Entscheidung liegt im Ermessen der behandelnden Ärzt/innen (Stationsärzt/innen).

Die Station bringt die Ergebnisse wieder in die KSG ein und dieser Prozess erfolgt solange, bis die KSG den Verdacht auf Gewalt am Kind einschätzen kann. Die Entscheidung über die Bestätigung des Verdachtes auf Gewalt am Kind erfolgt auf Grund des oben beschriebenen Prozesses und kann drei Resultate ergeben:

1. Gewalt am Kind: **unwahrscheinlich**
2. Gewalt am Kind: **Beurteilung bleibt offen**
3. Gewalt am Kind: **wahrscheinlich**

Wenn sich der Verdacht auf familiäre Personen richtet, wird die Mitteilung des KSG-Ergebnisses im sogenannten **Konfrontationsgespräch** vorgenommen, bei dem die Konfrontation des/der möglichen Täter/in erfolgt. Dabei werden die Eltern / Angehörigen auch über die Kontaktaufnahme zum Jugendamt informiert. Die rechtliche Situation (Ärztegesetz) wird den Eltern / Angehörigen verständlich dargestellt und die Einschätzung der Situation mitgeteilt. Ebenso wird mit den Eltern das weitere Vorgehen besprochen.

Im Falle des offen gebliebenen oder bestätigten Verdachtes wird das **Jugendamt schriftlich über die aktuelle Situation informiert** (Formular siehe Anhang) und gleichzeitig ein gemeinsamer Gesprächstermin (Vernetzungsgespräch oder Helferkonferenz) im Krankenhaus vereinbart.

Weiters wird auf Grund des Verletzungsgrades, der Therapiebereitschaft und der psychosozialen Situation der Familie entschieden, ob gleich eine Anzeige gemacht oder ob sie aufgeschoben wird. Ist es möglich, sich mit den Betroffenen auf einen psychosozialen Therapieplan zu einigen, wird dieser gemeinsam erstellt und den nachsorgenden Institutionen zur Umsetzung vorgeschlagen.

Bei Gefahr im Verzug ist umgehend das zuständige Jugendamt bzw. dessen Jour-naldienst zu verständigen, damit dieses die notwendigen Verfügungen gegen den Willen der Eltern treffen kann.

Anzeigepflicht (lt. § 54 Ärztegesetz, Abs. 5)

Ergibt sich für Ärzte in Ausübung ihres Berufes der Verdacht, dass ein Kind misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat die Ärztin / der Arzt unverzüglich Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten (Gesetzestext siehe Anhang).

Aufschub der Anzeige (lt. § 54 Ärztegesetz Abs. 5)

Wenn sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (nach STGB § 166: Ehegatten, Verwandte in gerader Linie, Bruder, Schwester, andere Angehörige, die in Hausgemeinschaft mit dem Kind leben) richtet, kann die Anzeige solange unterbleiben, wie dies das Wohl des Kindes erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger oder gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzereinrichtung an einem Krankenhaus erfolgt.

Vernetzungsgespräch

Zu diesem Gespräch werden von der Vertretung der Kinderschutzgruppe - meist die Sozialarbeiter/in, Psycholog/in, Eltern, Angehörigen, Vertreter/innen des Jugendamtes, bislang involvierte ambulante Betreuer/innen, behandelnde Ärzt/innen, Stationsleitung, Vertreter/innen der Kinderschutzgruppe eingeladen. Im Rahmen dieses Vernetzungsgesprächs werden die Vorschläge zur weiteren Betreuung vorgelegt und nach der Entlassung die Betreuung an die Vertreter/in des Jugendamtes bzw. die jeweils zuständige Organisation weitergegeben.

Die Mitarbeiter/innen der Kinderschutzgruppe führen ein Protokoll dieses Vernetzungsgesprächs und halten die Empfehlungen für die weitere Betreuung nach der

Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus schriftlich fest. Die Entscheidung über die weitere Betreuung und Therapie obliegt jedoch dem Obsoerträger.

Übergabegespräch

Am Ende der Beratung der Kinderschutzgruppe steht ein Übergabegespräch, in dem noch einmal das Geschehene zusammengefasst wird, allfällige Fragen der Familie beantwortet werden und die Verantwortlichen benannt werden. Es wird deutlich formuliert, dass hiermit die Verantwortlichkeit des Krankenhauses bzw. der Kinderschutzgruppe beendet ist, und die Zuständigkeit der Fallführung, der Kontrolle über die Vereinbarungen, der Koordination etc. beim zuständigen Jugendamt liegt. In der Praxis hat es sich bewährt, ambulante Nachkontrollen durch die KSG durchzuführen (Qualitätssicherung).

Polizeiliche Ermittlungen

Im Rahmen der Ermittlungstätigkeit kann die Polizei im Auftrag der Staatsanwaltschaft bzw. der Untersuchungsrichter Anfragen bezüglich Art und Grad der Verletzung stellen. Auf Grund der aus den ärztlichen Aussagen gewonnen Erkenntnisse können die Sicherheitsbehörden Gerichtsverfügungen beantragen und erlassen (z. B. Beiziehung der Gerichtsmedizin).

Auskünfte und Einvernahmen sollen unter dem Gesichtspunkt des optimalen Schutzes (ärztliches Ermessen ob Patient/in einvernahmefähig ist) des Kindes erfolgen.

Über Verletzungen bzw. andere medizinische Erkenntnisse dürfen nur die behandelnden Ärzt/innen unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht informieren.

Dokumentation

Die gesamte Kinderschutzgruppenarbeit ist abschließend zu dokumentieren und die Dokumentation sowie der abschließende Befund sind der Station zu übermitteln.

Die zuständige Station übermittelt wiederum den **Entlassungsbericht** auch an die KSG.

Die entsprechenden **Formulare** (Zuweisung zur KSG, Dokumentation der KSG, Abschlussbericht der KSG; Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger) und die Dokumentationsanleitung finden Sie auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (www.bmgfj.gv.at und auf www.kinderrechte.gv.at/service/downloads)

Ärztliches Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt am Kind

Bei ärztlichen Untersuchungen kommt öfters der Verdacht auf Gewalt am Kind auf. Meist werden betroffene Kinder von den Eltern zum Arzt / zur Ärztin / in das Krankenhaus gebracht, manche werden auch von Institutionen (Schule, Kindergarten, Jugendamt), anderen Ärzt/innen, Psycholog/innen, Psychotherapeut/innen oder Beratungseinrichtungen zur Untersuchung zugewiesen.

Wenn ein Kind im Krankenhaus mit Verdacht auf mögliche Gewalterfahrungen vorgestellt wird, ist es besonders wichtig, mit ihm respektvoll umzugehen und es - aus eigener Betroffenheit - vor allem nicht als „Sache“ zu behandeln, da die Kinder möglicherweise schwer traumatisiert sind.

Befragungen sollten sich zunächst nur an die Eltern richten, weil damit einer Retraumatisierung des Kindes vorgebeugt werden kann. Oft haben Eltern im Krankenhaus erstmals die Möglichkeit, ihre Probleme zur Sprache zu bringen. Es soll das Vertrauen der Eltern gewonnen werden, um mögliche Hilfestellungen gemeinsam erarbeiten und in weiterer Folge anbieten zu können.

Schutz hat Priorität

Die medizinische Abklärung sollte folgende Vorgehensweise beachten:

Erstuntersuchung

Anamneseerhebung und Erstuntersuchung sollten so stattfinden, dass es zu keiner weiteren Traumatisierung des Kindes (und gegebenenfalls der Eltern) kommt und in der Regel durch eine/n erfahrene/n Ärztin/Arzt erfolgen. Alle Untersuchungsschritte sollen dem Kind altersentsprechend erklärt werden.

Alle relevanten Daten, anamnestischen Angaben, Beobachtungen (Umgang der Eltern bzw. Begleitpersonen mit dem Kind) und Ergebnisse der Erstuntersuchung sollen dokumentiert werden. Eine Fotodokumentation bei Verdacht auf physische Misshandlung und/oder Vernachlässigung ist notwendig. Das Formblatt (Zuweisung an die Kinderschutzgruppe) soll entsprechend ausgefüllt und der Kinderschutzgruppe zugeleitet werden.

Die Erstuntersuchung soll beinhalten:

- a) Aktuelle Anamnese / biografische Angaben
- b) Körperliche Untersuchung (bei Verdacht auf sexuelle Gewalt durch gleichgeschlechtliche/n Ärztin/Arzt)
- c) Fotodokumentation und Spurensicherung
- d) Beobachtung der Interaktion zwischen Eltern / Begleitperson/en und Kind (siehe auch Umgang in der Pflege)

Stationäre Aufnahme / Ambulantes Vorgehen

Die Aufnahme an einer Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie ist anzustreben, um

1. Zeit für eine ausreichende Abklärung (Diagnostik) zu gewinnen und
2. dort, wo es notwendig ist, dem Kind Schutz und Sicherheit zu geben.

Wenn die Verletzungen leicht bzw. der Vernachlässigungsgrad gering sind und der Schutz des Kindes gewährleistet (Täter/in außerhalb der Familie) ist, und wenn die weitere Abklärung keine stationäre Aufnahme erfordert, kann eine ambulante Betreuung erfolgen.

Jede/r Arzt / Ärztin muss sich im Klaren sein, dass das Fehlen von (eindeutigen) körperlichen Befunden Gewalt am Kind - insbesondere sexuelle Gewalt - nicht ausschließt. Die Erstuntersuchung stellt immer nur eine Momentaufnahme dar. Daher ist auch darauf zu achten, ob das Kind schon früher (öfters) mit ähnlicher Symptomatik vorgestellt wurde. Dabei ist es wichtig, nicht nur körperliche Symptome zu beachten, sondern auch anamnestische Angaben wie Erklärungen zu Verletzungen zu dokumentieren und Verhaltensweisen von Kind und Angehörigen in der Untersuchungssituation zu beobachten. Bei Verdacht sollte man unter Umständen auch mit anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen im Einzugsbereich (Haus- oder Kinderfacharzt/ärztin) Kontakt aufnehmen, um einen „Krankenhaustourismus“ aufzudecken.

Diagnostik

Im Mittelpunkt der medizinischen Untersuchungen steht das Kind, erst danach ist der Aspekt der Beweissicherung für das medizinische Vorgehen relevant. D. h., dass in erster Linie Befunde gesichert werden, um eine angemessene Therapie zu ermöglichen und das Kind vor sekundären Schäden (Infektionen, Funktionsverlust, ...) zu bewahren.

Neben der klinischen Untersuchung sind apparative Untersuchungen gezielt und nur nach Indikationsstellung einzusetzen. (Belastende) Untersuchungen sind vor allem dann zu vermeiden, wenn sie ungezielt als Screeningmethode eingesetzt werden.

1. Radiologische Untersuchungen / Nuklearmedizin

- a) Röntgen bei Frakturen, Perforation im Bauchraum (freie Luft), Pneumothorax, Aspiration, Skelettstatus
- b) CT bei Frakturen und Blutungen insbesondere im Bereich des Kopfes
- c) MRI wie b) und zur Beurteilung von Weichteiltraumata
- d) Sonografie bei Weichteiltraumata
- e) Szintigrafie nur noch in Ausnahmefällen

2. Mikrobiologische und Serologische Untersuchungen

- a) Abstriche im Genitalbereich bei Verdacht auf sexuelle Misshandlung (sollte wenn möglich durch eine Gynäkologin im Rahmen einer fachärztlichen Untersuchung erfolgen)
- b) Abstriche aus infizierten Wunden im Zusammenhang mit Spuren von Misshandlung / Vernachlässigung
- c) Blutuntersuchungen - Serologie auf HIV, Hepatitis, geschlechtsspezifische Erkrankungen
- d) toxikologische Untersuchungen: Alkohol, Drogen, Sedativa, Fehldosierungen von (verordneten) Medikamenten
- e) zytologisch: z. B. Liquoruntersuchung zur Altersbestimmung von Blutungen

Abstriche zur Spurensicherung müssen vor der Reinigung des Kindes erfolgen!

3. Fachärztliche Untersuchungen

- a) HNO bei Würgespuren, Verdacht auf Trommelfellperforation, Hörminderung
- b) Gynäkologie bei sexueller Misshandlung bei Mädchen
- c) (Kinder-)Chirurgie bei Wunden, Frakturen, stumpfer Gewalt (Abdomen Thorax, Weichteile), Verbrennungen und Verbrühungen, bei sexueller Misshandlung von Buben (Analverkehr)
- d) Dermatologie bei Verbrennungen, Verbrühungen, Hautinfektionen z. B. in Zusammenhang mit sexueller Misshandlung
- e) Neuropädiatrie / Neurologie bei Bewusstseinsstörungen, Lähmungen, Sinnes- und Sensibilitätsstörungen
- f) Augenfacharzt bei Augenverletzungen, insbesondere Augenhintergrund (wenn möglich mit Videodokumentation) bei Verdacht auf Schütteltrauma

4. Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gewalt am Kind geht in der Regel immer mit einer psychischen Traumatisierung einher, die Auswirkungen auf das emotionale Erleben und damit auf das Verhalten des Kindes hat. Diese Untersuchung kann auch von auf diesem Gebiet erfahrenen und auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Psycholog/innen und Psychotherapeut/innen erfolgen.

Forensische Spurensicherung

Prinzipiell soll die forensische Untersuchung im engeren Sinne von einer/m Gerichtsmediziner/in durchgeführt werden. Diese wird nach Erstattung der Anzeige auf Anforderung durch das Gericht eingeleitet. Da diese erst zu einem viel späteren Zeitpunkt mit der Gutachtenserstattung beauftragt werden, sind sie auf die Befunde der/des erstuntersuchenden Ärztin/Arztes angewiesen. Aus diesem Grunde werden hier ein schematisierter Untersuchungsablauf und die für die Begutachtung zweckmäßige Dokumentation von Verletzungen und die Art der Asservierung von Spuren beschrieben. Das wichtigste Ziel der klinischen Untersuchung ist die gute Dokumentation der vorhandenen möglichen Spuren. Sehr hilfreich sind Spurensicherungssets mit Checklisten (siehe Leitlinien der OEGGG), die es auch speziell für Kinder über die lokale Gerichtsmedizin oder bei www.swissforensix.com zu erwerben gibt.

Das Gericht bzw. der/die Sachverständige benötigt Informationen, um Art und Grad der Verletzung, die Dauer der verletzungsbedingten Gesundheitsschädigung, Dauerfolgen, allfällige Qualen bei der Zufügung von Verletzungen sowie die Entstehungsursache feststellen zu können. Dazu ist die genaue Beschreibung der Verletzungen (Größe, Form, Art, Farbe, Umfang, Oberfläche etc.) erforderlich. Ebenso müssen allfällige Spuren gesichert und asserviert werden.

Untersuchung des Kindes

Vor der Untersuchung: Wichtig ist es schon bei der ersten (ev. telefonischen) Kontaktaufnahme herauszufinden, ob es sich um einen akuten oder einen chronischen Fall, ob es sich um eine/n Fremdtäter/in oder eine/n Täter/in aus dem Familienkreis handelt und ob schon eine Anzeige erfolgt ist.

Bei akuten Fällen kann schon im Vorfeld telefonisch einiges vorbereitet und abgeklärt werden; so kann z. B. die Begleitperson gebeten werden, Ersatzkleidung mitzunehmen, da die zum Zeitpunkt des Übergriffs getragene Kleidung für die Spuren- und DNA-Untersuchung zur Verfügung gestellt werden muss.

Auch sollte vorab mitgeteilt werden, weder das Kind noch die Kleidung vor den Untersuchungen zu reinigen.

Bei der Untersuchung: Das Kind soll altersgemäß über den Untersuchungsablauf aufgeklärt werden und in die Untersuchungen aktiv einbezogen werden (z. B. Handspiegel bei Genitaluntersuchung). Optimal ist eine Ganzkörperuntersuchung der

Opfer, um am Körper sichtbare Sekretpuren und Verletzungen, die im Rahmen des sexuellen Übergriffs, meist beim Überwältigen und Gefügigmachen des Opfers, entstanden sind, festzustellen.

Die Untersuchung von Mädchen und die Interpretation genitaler Befunde bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch erfordert Kenntnis über die hormonell gesteuerte normale anatomische und physiologische Entwicklung des Genitales, weiters über die anatomischen Normvarianten und unspezifischen Veränderungen der Genitalregion insbesondere des Hymens, Erfahrung über veränderte Befunde bei der gynäkologischen Untersuchung in unterschiedlichen Positionen, in Narkose sowie über Krankheitsbilder, die fehlinterpretiert werden können (z. B. akuter Lichen sclerosus et atrophicus mit Einblutungen im Bereich der Vulva). Daher ist diese Untersuchung unbedingt nur unter Beiziehung einer/s Kindergynäkologin/en durchzuführen. Zur besseren Verwertbarkeit der erhaltenen Befunde sollte die gynäkologische Untersuchung ohne Narkose durchgeführt werden, was bei guter Aufklärung in der Regel ohne Probleme möglich ist. Die Untersuchung eines Kindes soll immer in Begleitung einer Vertrauensperson erfolgen, wobei der Untersuchungsvorgang dem Kind altersentsprechend zu erklären ist.

Spurensicherung

Spurensicherung an der Kleidung

Unterwäsche bzw. Kleidungsstücke, die als Spureenträger in Frage kommen, sollen einzeln in getrocknetem Zustand in Papiersäcken bei Zimmertemperatur für allfällige spurenkundliche Untersuchungen aufgehoben werden. (Feuchte Kleidung in luftdicht abgeschlossenen Säcken fördert Schimmel- und Bakterienbefall). Bei der Sicherung von Spurenmaterial und Spureenträgern sind Einmalhandschuhe zur Vermeidung von Kontamination zu tragen.

Spurensicherung am Körper

- Am Körper angetrocknete Sekrete (Sperma, Speichel) werden mit sterilen, mit destilliertem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung befeuchteten Wattestäbchen abgenommen.
- Feuchte Sekrete (Mundhöhlen-, Scheiden-, Analabstriche oder noch feuchte Sekretpuren von der Körperoberfläche) werden mit trockenen sterilen Wattestäbchen abgenommen.

Die Abnahmestellen sollen einige Sekunden lang mit leichtem Druck mit den Wattestäbchen kreisförmig abgerieben werden, wobei Einmalhandschuhe zu tragen sind.

Die Wattestäbchen werden dann einzeln und in getrocknetem Zustand in Spezialkartons (Papierfaltboxen) aufbewahrt. Sind keine Papierfaltboxen vorhanden, kann man auch Papierkuverts verwenden.

In jedem Fall müssen auf den Behältern die Namen des Opfers, der Zeitpunkt der Abnahme und die Abnahmestellen am Körper gekennzeichnet sein. Die Spureenträger können bei Zimmertemperatur aufbewahrt werden.

Abstriche

Je nach Anamnese werden Abstriche aus der Mundhöhle, vom äußeren Genital- und Analbereich (aus der Scheide; vom Penis - Glans, sulcus coronarius und Schaft, Wurzel-, Skrotalhaut, Afteröffnung) und von anderen Körperstellen gesichert. (Spermaspuren kann man oral und anal nur Stunden, vaginal laut Fachliteratur etwa 72 Stunden bis sechs Tage nach einem Geschlechtsakt nachweisen.) Weiters werden Abstriche zur Untersuchung von Clamydrien und Mikrobiologie gesichert.

Bei Kindern sind Spermaspuren in den meisten Fällen nicht in der Scheide nachzuweisen, manchmal im Analkanal, häufiger im äußeren Genital- und Gesäßbereich oder in unmittelbarer Nähe, z. B. an den Oberschenkeln oder an anderen Körperregionen. Sind Saugflecken, Kuss-, Leck- oder Bissspuren vorhanden, werden diese mit befeuchteten Wattestäbchen abgerieben und asserviert.

Verklebte Haare, Schamhaare bzw. Schamhaare mit Spermaspuren sollen abgeschnitten und aufbewahrt werden.

Da es sich bei dem abgenommenen Material meist um Mischspuren - vom Opfer und vom Täter - handelt, wird für die DNA-Analyse Vergleichsmaterial vom Opfer (Mundhöhlenabstrich oder eine Blutprobe) benötigt, um die festgestellten Merkmale den einzelnen Personen zuordnen zu können. Dieses Vergleichsmaterial wird gleichzeitig mit dem übrigen Spurenmaterial abgenommen und den Labors übermittelt.

Weiteres Material

Aufgelagerte Fremdhaare (die eventuell vom Täter stammen können) sind ebenfalls in Röhrchen oder Kuverts aufzuheben. Ergibt sich aus den Erhebungen, dass Täter vom Opfer gekratzt wurden, so sind die Fingernägel an der Unterseite mit feuchten Wattetupfern abzureiben bzw. die Nägel abzuschneiden und in beschrifteten Kuverts (getrennt linke Hand / rechte Hand) aufzubewahren.

Durch Sexualkontakt übertragene Erkrankungen oder Schwangerschaft

Zur Feststellung bzw. zum Ausschluss einer Übertragung von Geschlechtskrankheiten und anderen Infektionen sollen die Abstriche für Pilz- und Bakterienkulturen und

anderer Erreger, sowie für die serologischen Untersuchungen (Lues, HIV, Hepatitis) abgenommen bzw. je nach Anamnese Schwangerschaftstests (Screening: β HCG / Urin) und prophylaktische Maßnahmen angeboten werden.

Asservierung von Blut und Harn

Da Opfer immer wieder durch bewusstseinsverändernde Substanzen gefügig gemacht werden, ist eine Blut- und Urinprobe, unabhängig vom Zeitraum, der zwischen Ereignis und Untersuchung liegt, zu asservieren. Diese sollen in EDTA-, Fluorid- und Heparinröhrchen gekühlt gelagert aufgehoben werden (siehe auch Checkliste der OEGGG).

Weiters werden im Verdachtsfall Blutabnahmen zum Nachweis von Infektionen (HIV, Hepatitis und Luesserologie) nötig.

Dokumentation

Empfohlen wird die Verwendung der Checkliste der OEGGG. Die Dokumentation der Verletzungen sollte möglichst genau beschreibend und nicht interpretierend erfolgen. Zu dokumentieren sind: Art, Größe, Farbe, Ausdehnung, Lokalisation und Alter der Verletzung; sie sind nach Möglichkeit im Schema der Checkliste oder Zuweisung zur Kinderschutzgruppe einzuzeichnen. Gleichzeitig sollen auch Beschwerden dokumentiert werden, wenn (noch) keine Verletzungen sichtbar sind. Siehe auch Kapitel Fotodokumentation und klinische Untersuchung.

Fotodokumentation

Es ist unbedingt notwendig, bei geringstem Verdacht auf eine Misshandlung die körperlichen Befunde so genau wie möglich zu dokumentieren - Lokalisation, Größenangabe, Farbe, Form - wenn möglich auch zu fotografieren.

Eine Fotodokumentation (analog und/oder digital, kein Polaroid!) dient der Beweisführung, wenn bestimmte formale Voraussetzungen erfüllt sind:

- der/die Patient/in muss identifizierbar sein (Portrait und Ganzkörperaufnahme)
- die betroffene Region soll erkennbar sein
- ein unverwechselbares Erkennungsmerkmal (Narben, Pigmentflecken, Tattoos o.ä.) oder ein bereits dokumentiertes Utensil (Ring, Uhr oder ähnliches) soll sichtbar sein
- zur Größendokumentation sollte ein Maßstab angehalten werden

- bei Digitalaufnahmen: Farb- und Graukeil verwenden (ZD000639 GRETAG 20 350 00 1 Color Checker SG, 140 Farbfelder; spezifische Farbfelder mit Hauttönen, Graukeil für Greybalance oder ZS000222 KODAK 20 44 10 1 Farbtabelle mit Graukeil Q14 Stück 44,10).

Weiters ist bei Fotoaufnahmen zu achten auf:

- ausreichende Beleuchtung
- senkrechte oder waagrechte Positionierung der Kamera
- ruhigen Hintergrund
- zumindest eine Aufnahme zusammen mit der Begleitperson (damit auch diese identifizierbar ist)
- Aufnahme stark beschmutzter Kleidung oder z.B. Windel (Blut, Sperma), wenn möglich auch in situ

Aufnahme von allfällig eingebrachten Fremdkörpern (z.B. Tatwerkzeug) in situ mit und ohne Kleidung. Kleidungsstücke sind nochmals separat zu fotografieren.

Wenn die genannten Voraussetzungen erfüllt sind und daher eine Fotodokumentation sinnvoll erscheint, muss bei der Durchführung (bezüglich Zeitpunkt, Ort, Anwesende, Information / Aufklärung gegenüber dem betroffenen Kind / der Begleitperson) selbstverständlich vorrangig auf den psychischen und physischen Zustand des Kindes Rücksicht genommen werden, um einer sekundären Traumatisierung vorzubeugen.

Pflegerische Aspekte der Kinderschutzarbeit

Dem Pflegepersonal kommt eine zentrale Bedeutung bei der Betreuung von Kindern zu, die Opfer von Gewalt wurden, wofür besondere Vorsicht und spezielles Wissen und Kenntnisse erforderlich sind.

Das Verhalten des Pflegepersonals muss gegenüber den Kindern und Eltern neutral und professionell sein.

Bei der Dokumentation soll auf mündliche und schriftliche Weitergabe der Informationen geachtet werden, auch wenn diese noch so unglaubwürdig bzw. widersprüchlich sind.

Schutz und Geborgenheit gewährleisten

- Sicherheit, Versorgung
- Trost, Zuwendung
- Ausdrucksmöglichkeiten schaffen (Zeichnen, Schreiben, Bewegen etc.)
- Schmerzbehandlung

Beobachtung des Kindes

- von Interaktionen: Kind-Bezugsperson/en, Kind-Kinder, Kind-Personal
- von Verhalten und Spielen
- von Haut / Körper und Umgang mit körperlichen Bedürfnissen
- des verbalen und non-verbalen Ausdrucks

Beobachtung der Eltern / Bezugspersonen

- Interaktion mit dem Kind, dem Personal
- Erziehungsstil
- verbaler und non-verbaler Ausdruck

Zuhören

- Neutralität
- nicht in Frage stellen
- informatives, empathisches Nachfragen

Im Anhang findet sich ein Fragebogen, der die Beobachtung und Dokumentation des Beobachteten erleichtern soll.

Sozialarbeiterische Interventionen

Innerhalb des Krankenhauses soll klar geregelt sein, wer die Kinderschutzgruppenzuweisung erhält und die erste Beratungssitzung der Kinderschutzgruppe organisiert. Das kann eine Aufgabe der Sozialarbeiterin / des Sozialarbeiters im Krankenhaus sein. Weiters kann der/die Sozialarbeiter/in die nächsten notwendigen Schritte zwischen den beteiligten Personen koordinieren.

Gefahr im Verzug

Bei Vorliegen einer akuten Gefährdung des Kindeswohls kann der zuständige Jugendwohlfahrtsträger die erforderlichen Maßnahmen vorläufig ohne gerichtliche Entscheidung gegen den Willen der Eltern selbst treffen und ist mit der vorläufigen Obsorge für das Kind betraut. Er muss jedoch unverzüglich, längstens innerhalb von acht Tagen eine gerichtliche Obsorgeentscheidung beantragen.

Durchführung der diagnostischen Maßnahmen: Sozialanamnese

Die Sozialanamnese wird im Erstgespräch erhoben und dient als Arbeitsgrundlage. Sie gibt einen Überblick über die Familiengeschichte und über die aktuelle Lebenswelt der Familie in wichtigen Bereichen wie Wohnen, Arbeit, Schule, Kindergarten, finanzielle Situation, sozialrechtliche Absicherung, Freizeit, Freunde, kulturelle Hintergründe, krankheitsbedingte Aspekte und über die Persönlichkeit der beteiligten Familienmitglieder. Sie ist eine Bestandsaufnahme von manifesten und latenten Problemen und von informellen und formellen Ressourcen der Familie. Am Ende des Gesprächs werden Nah- und Fernziele definiert und eine Arbeitsvereinbarung mit konkreten nächsten Schritten getroffen.

Im Erstgespräch bei einem Verdachtsfall soll auch abgeklärt werden, ob weitere Personen - z.B. wie Geschwister - ebenfalls gefährdet sein könnten.

Meldung an die Jugendwohlfahrt

Die Jugendwohlfahrt hat die Aufgabe, das Wohl von Kindern zu sichern und Familien zu unterstützen. Die Zuständigkeit des Jugendwohlfahrtsträgers (Magistrat oder Bezirkshauptmannschaft) richtet sich nach dem Wohnort des Kindes.

Ergibt sich für eine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt der Verdacht, dass ein Kind misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat sie/er

unverzüglich und nachweislich Meldung an die zuständige Jugendwohlfahrt zu erstatten. Diese Mitteilungspflicht gilt auch für alle Angehörigen eines medizinischen Gesundheitsberufes.

Die Meldung muss spätestens nach Bestätigung der Wahrscheinlichkeit des Verdachtes auf Gewalt am Kind durch die KSG ans Jugendamt erfolgen. Sie sollte zuerst telefonisch dem zuständigen Jugendamt angekündigt und dann mit dem Formular „Gefährdungsmeldung an die Jugendwohlfahrt“ (siehe Anhang) schriftlich zusammengefasst und gefaxt / gemailt werden.

Die Jugendwohlfahrt hat diese Gefährdungsmeldungen unverzüglich zu überprüfen.

Helferkonferenz und Erstellung des psychosozialen Therapieplanes

Im Rahmen einer Helferkonferenz / eines Vernetzungsgesprächs mit dem betreuenden Personal des Krankenhauses, allenfalls der/dem zuständigen Sozialarbeiter/in des Jugendamtes, mit Vertreter/innen von weiteren involvierten psychosozialen Institutionen und mit der Familie kann der psychosoziale Therapieplan erstellt werden. Die Vertreter/innen des Krankenhauses geben Empfehlungen über für sie notwendige Maßnahmen wie die weitere psychotherapeutische Betreuung oder Fremdunterbringung ab. Die Entscheidung, welche Maßnahmen durchgeführt werden, trifft der Obsorgeträger. In der gemeinsamen Helferkonferenz wird auch vereinbart, wer die Kontrolle der festgelegten Maßnahmen inne hat.

Sozialarbeiterische Grundlagen

Obsorge

Die Obsorge beinhaltet alle elterlichen Sorgerechte für minderjährige Kinder. Sie unterteilt sich in die Bereiche Pflege und Erziehung, Vermögensverwaltung und gesetzliche Vertretung. Der Gesetzgeber unterscheidet unmündige (bis 14 Jahre) und mündige Minderjährige (14 bis 18 Jahre), wobei nur mündigen Minderjährigen eine beschränkte Geschäftsfähigkeit eingeräumt wird. In medizinische Heilbehandlungen können Minderjährige einwilligen, sobald sie deren Sinnhaftigkeit einsehen und ihre Folgen beurteilen können. Das ist jedenfalls ab 14 Jahren der Fall.

Bei unehelichen Kindern hat grundsätzlich die Mutter die alleinige Obsorge. Bei ehelichen Kindern haben während aufrechter Ehe beide Elternteile die Obsorge. Es gibt jedoch auch für nicht verheiratete, geschiedene oder getrennt lebende Eltern die Möglichkeit der Obsorge für beide Eltern. Obsorgeregelungen erfolgen durch das

zuständige PflEGschaftsgericht, bei dem auch Änderungen beantragt werden können. Bei minderjährigen Müttern hat grundsätzlich das zuständige Jugendamt die Obsorge für deren Kinder. Im Rahmen stationärer oder ambulanter Behandlungen im Krankenhaus sollte unbedingt die obsorgeberechtigte Person miteinbezogen werden.

Gefährdung des Kindeswohls

Wenn Erziehungsberechtigte durch ihr Gesamtverhalten das physische oder psychische Wohl des Kindes gefährden, kann das zuständige Gericht den Eltern ganz oder teilweise die Obsorge entziehen und an andere Verwandte oder an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger übertragen.

Hilfen zur Erziehung

Erziehungshilfen können in Form einer „Unterstützung der Erziehung“ oder als „volle Erziehung“ angeboten werden. Bei der „Unterstützung der Erziehung“ verbleibt das Kind in der Familie und die Familie wird durch spezielle ambulante Dienste wie Beratung und Therapie oder Familienintensivbetreuung unterstützt. Bei der „vollen Erziehung“ wird das Kind in einer geeigneten sozialpädagogischen Einrichtung oder Pflegefamilie fremduntergebracht. Diese Erziehungshilfen können je nach Zustimmung der Erziehungsberechtigten freiwillig oder gegen deren Willen durchgeführt werden.

Prozessbegleitung

Die psychologische und juristische Prozessbegleitung ist ein kostenloses Angebot zur Unterstützung für minderjährige Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch und für deren Familien, um die psychischen Belastungen eines Strafverfahrens abzufedern. Ziel der Prozessbegleitung ist, erneute Traumatisierungen von Kindern zu vermeiden (StPO § 49a).

Die psychosoziale Prozessbegleitung wird österreichweit von den regionalen Kinderschutzzentren, Familienberatungsstellen oder anderen Einrichtungen durchgeführt (www.prozessbegleitung.co.at).

Kooperation zwischen Klinik, Jugendwohlfahrt, Polizei und Gerichten

Die Kooperation wird durch gesetzliche Mitteilungsverpflichtungen (Ärztegesetz, Jugendwohlfahrtsgesetz, Strafgesetzbuch etc.) sowie durch die Schweigepflicht und Datenschutzregelungen beeinflusst. In internationalen Empfehlungen wird eine enge Kooperation dieser Einrichtungen dringend empfohlen, da dies zum Wohl des Kindes notwendig erscheint und auch die notwendige Kontrolle gewährleistet.

Gemeinsame Ziele der Kooperation

- Schutz und Wohl des Kindes herzustellen oder aufrecht zu halten
- Überwachung der Einhaltung der Kinderrechte und Elternpflichten
- Ausloten von Hintergrund und Motivation der Gewalt
- Entscheidung über Anzeige oder Aufschub derselben zum Wohle des Kindes
- Reduktion der Möglichkeit sekundärer Traumatisierung

Regelmäßige Vernetzung

Sinnvoll erscheint die Schaffung einer regelmäßigen Vernetzung aller Einrichtungen, die mit Gewalt am Kinde befasst sind: Jugendwohlfahrt, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Kinderschutzzentren, Opferorganisationen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht, Psycholog/innen und Therapeut/innen, Ärzt/innen (z.B. Schulärzt/innen, Amtsärzt/innen), Sachverständige, Gerichtsmedizin, Beratungsstellen gegen Gewalt und auch Pädagog/innen etc. Der Sinn derartiger Vernetzungstreffen ist einerseits Verständnis für die doch recht unterschiedlichen Kulturen der einzelnen Institutionen zu erreichen und andererseits das Vorgehen besser auf das Wohl des Opfers abzustimmen und die optimale Nutzung der konkreten Möglichkeiten unter diesem Titel zu gewährleisten (siehe www.plattformgegengewalt.at)

Literatur und Links

Fachliteratur und -bücher

- Alvarez, M.K. / Donohue, B et al. (2005): The process and consequences of reporting child maltreatment: a brief overview for professionals in the mental health field. *Aggression and Violent Behaviour* 10, 311-331
- Bast, U. (1978): *Gewalt gegen Kinder, Kindesmisshandlung und ihre Ursachen*. Reinbek Verlag
- Benger, J.R. / Pearce, A.V. (2002): Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *BMJ* 324:780-782
- Bitschnau, M. / Drähne, A. (2006): *Homöopathie in der Frauenheilkunde. Integrative Therapiekonzepte für Klinik und Praxis*, Urban & Fischer bei Elsevier
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hg.) (2001): *Gewaltbericht 2001* www.bmgfj.gv.at, (Familie, Gewalt)
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.) (2007): (K)ein sicherer Ort. *Sexuelle Gewalt an Kindern*. www.bmgfj.gv.at (Familie, Gewalt)
- Crocker, D. (1996): Innovative models for rural child protection teams. *Child Abuse & Neglect* 20 (3) 205-211.
- Deegener, G. (2005): *Kindesmissbrauch. Erkennen, Helfen, Vorbeugen*. 3. Aufl. Beltz Verlag
- Deegener, G. / Körner W. (2005): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Hogrefe Verlag, Göttingen
- Deegener, G. / Körner W. (2006): *Risikoerkennung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Theorie, Praxis, Materialien*. Pabst Science Publishers Lengerich Berlin.
- Dubowitz, H. / Bennett, S. (2007): Physical abuse and neglect of children. *Lancet*:369-399
- Egle, U.T. / Hardt, J. / Nickel, R. / Kappis, B. / Hoffmann, S.O. (2002): Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit - Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. *Z. Psychosom Med Psychother* 48:411-434
- Fegert, J.M. (2007): Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesetzblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 50:78-89
- Fergusson, D.M. / Grant, H. / Horwood, J. / Ridder, E.M. (2005): Randomized trial of the Early Start Program of home visitations. *Pediatrics* 116:e803-e809
- Friedrich, MH. / Springer K. (2001): *Tatort Kinderseele. Sexueller Missbrauch und die Folgen*. 2. Aufl. Ueberreuter Verlag

- Geeraert, L. / Van den Noortgate, W. / Grietens, H. / Onghena, P. (2004): The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreatment* 9(3) 277-291
- Greenspan, L. / McLellan, BA. / Greig, H. (1985): Abbreviated injury scale and injury severity score: a scoring chart. *J Trauma* 25: 60-64
- Herrmann, B. / Sperhake, J. (2005): Das Shaken Baby Syndrome. Konzepte und forensische Kontroversen. *Zeitschrift d. DGKV, Jahrgang 8: 4-17*
- Herrmann, B. (2002): Körperliche Misshandlung von Kindern - somatische Befunde und klinische Diagnose. *Monatsschr Kinderheilkd* 150:1324-1338
- Hobbs, C.J. / Wynn, J.M. (2001): *Physical signs of child abuse: a colour atlas*. 2nd edition Saunders-London
- Jaffee, S.R. / Moffitt, T.E. / Caspi, A. / Taylor, A. / Arseneault, L. (2002): Influence of domestic violence on children's internalising and externalising problems: an environmentally informative twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41 (9):1095-1103
- Jacobson, M. (2002): Local Realities: a frontier perspective on child protection team practice *Child Welfare; Vol. LXXXI, 737-754*
- Jones, D.P.H. *The Royal College of Physicians* (1996): *Sexueller Missbrauch von Kindern*, Thieme Verlag
- Kopecky-Wenzel, M. / Schäfer, R.M. / Frank, R. (2000): Bayrische Ärzte beurteilen den Leitfaden Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. *Bayerisches Ärzteblatt* 2:60-63
- Kindler, H. & Werner, A. (2005): Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt auf Kinder. In: *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Deegner&Körner; Hogrefe Verlag, Göttingen
- Lifton, B.J. / Korczak, J. (1988): *Der König der Kinder* Heyne Sachbuch
- Lips, U. (2002): Das Schütteltrauma. *Schweizerische Ärztezeitung* 81:28:1571ff
- Long, T. / Davis, C. et al. (2005): Standards for education and training for interagency working in child protection in the UK: implications for nurses, midwives and health visitors. *Nurse Education Today* 26:11-22
- Meadow, R. / Mok, J. / Rosenberg, D. (2007, 4th ed.): *ABC of child protection*. BMJ-Books; Blackwell Publishing
- Mertens, W. (1996): *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität*. Band 1 und 2; 2. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Minns, RA. / Coll, R. (2005): Shaken Baby Syndrome: theoretical and ethical considerations. *J R Coll Physicians of Edinburgh* 35:5-15
- Myers, E.B. et al. (Eds.) (2002; 2nd ed.): *The APSAC Handbook on Maltreatment* Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- National Association of Children's Hospitals and related Institutions (NACHRI) (2005): *Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment; Executive Summary*. www.childrenshospitals.net
- Navratil, Francesca (1997): The genital examination in suspected child sexual abuse. A diagnostic dilemma. *Ann N Y Acad Sci. Jun 17;816:414-21*.
- Noeker, M., Keller, K.M. (2002): Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschr. Kinderheilkd.* 150:1357.1369
- Oemichen, M. et al. (2005): Fall or shaken: traumatic brain injury caused by falls or abuse at home - a review on biodynamics and diagnosis. *Neuropediatrics* 36:240-5
- Olweus, D. (1995): *Gewalt in der Schule*, Hans Huber Verlag, Bern
- Pless, I.B. / Sibald, A.D. / Smith, M.A. / Russel, M.D. (1987): A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms. *Child Abuse & Neglect* 11(2):193-200
- Rauch, E. / Weissenrieder, N. (2004): *Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Rechtsmedizin*. Band 14, Heft 3
- Remschmidt, H / Schmidt, M.H. (Hg.) (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*; Verlag Hans Huber
- Risau, P. / Kruck, M / Bender, K. (Hg), (2001): *Sexualisierte Gewalt in der Alltags- und Medienwelt von Kindern* Verlag J Klinkhart, Bad Heilbrunn
- Schlack, Hans G. (2000, 2.Aufl.): *Sozialpädiatrie*. G. Fischer Verlag, Stuttgart
- Schnitzer, P.G. / Slusher, P. / Van Tuinen, M. (2004): Child Maltreatment in Missouri: combining data for public health surveillance. *Am J Prev Med.*: 27 (5):379-84
- Streck-Fischer, A. (2006): *Trauma und Entwicklung - Frühe Traumatisierung und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Schattauer Verlag, Stuttgart
- Theodore, A.D. / Chang, J.J. / Runyan, D.K. / Hunter, W.M. / Bangdiwala, S.I. / Agans, R. (2005): Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics* 115:e331-e337
- Thun-Hohenstein, L. (2005): *Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich*. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 155:15-16, 365-370
- Thun-Hohenstein, L. (2006): *Interdisciplinary Child protection team work in a hospital setting*. *Eur.J. Pediatrics* 165 (6):402-7
- Trocène, N. / MacMillan, H. / Fallon, B. / DeMarco, R. (2003): Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ* 169 (9):911-915
- Van der Kolk, B.A. / McFarlane, A.C. / Weisaeth, L. (2000): *Traumatic Stress - Grundlagen und Behandlungsansätze*. Junfermann Verlag, Paderborn

UN-Report: Pinheiro, Paulo Sérgio (2006): Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/un_study_violence_children_2006_short.pdf

UNICEF Report: Child Maltreatment Deaths In Rich Nations 2003: Innocenti Report Card 5

UNICEF Report: Eliminating Violence against children (www.unicef.org)

US Department of Health and Human Sciences (2002): Child Maltreatment; <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm02/chapterthree.htm#types>

WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit (World report on violence and health: Summary 2003). (publicationrequest@euro.who.int)

Young, K.L. / Jones, J.G. / Worthington, T. / Simpson, P. / Casey, P.H. (2006): Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 160: 585-588

Fachzeitschriften

Child Abuse and Neglect - The International Journal. Offizielles Organ der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) (Hg: Richard D. Krugman, Gründer: Henry Kempe)

Child Maltreatment - Journal of the American Professional Society of the Abuse of Children. (Hg: Mark Chaffin) Sage Publications, Thousand Oaks, Ca.: www.apsac.org

Child Abuse Review - Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Sexual Abuse (BASPCAN). Hg: Kevin D. Browne, Margaret A. Lynch. Wiley Publications, York. Internet: www.interscience.wiley.com/jpages/0952-9136/BASPCAN (British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and neglect)

Journal of Child Sexual Abuse - Research, Treatment & Program Innovations for Victims, Survivors & Offenders. (Hg: Robert Geffner). The Haworth Press, Binghamton NY. E-Mail: getinfo@haworth.com

Journal of Emotional Abuse - Interventions, research and theories of psychological maltreatment, trauma and nonphysical aggression. (Hg: Robert Geffner). The Haworth Press, Binghamton NY. E-Mail: getinfo@haworth.com

Child Abuse Quarterly Medical Update - Abstracts der aktuellen medizinischen Kindesmisshandlungsliteratur (Hg: Robert M. Reece). The Quarterly Update. www.quarterlyupdate.org

Leitlinien

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. www.uni-duesseldorf.de

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zu Vernachlässigung und Kindesmisshandlung. www.uni-duesseldorf.de

Leitlinien für Bildgebende Diagnostik der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie zu Kindesmisshandlung. www.uni-duesseldorf.de

Leitlinie der österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) bei Verdacht auf Vorliegen von Sexualdelikten, Stand 2001. www.OEGGG.at

Hamburger Leitfaden für Arztpraxen (2006): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG). Freie und Hansestadt Hamburg. www.gesundheit.hamburg.de

Literatur für Kinder

Baumann, Claudia / DeMonte, Marimar (1994): Lena hat Angst. Mebes & Noack

Boljahn, Ulrike / Deinert, Sylvia / Krieg, Tine (1993): Das Familienalbum, Lappan Verlag

Brandenberg, Alike (1987): Gefühle sind wie Farben. Beltz, Weinheim (Bilderbuch ab 4 Jahren)

Braun, Gisela / Wolters, Dorothee (1991): Das große und das kleine NEIN. Verlag an der Ruhr, Mülheim (Bilderbuch ab 4 Jahren)

Dumont, Virginie / Brunelet, M. (2000): Ich habe Angst vor diesem Mann. KindermannVerlag Berlin - (ab 7 Jahren)

Enders, Ursula / Wolters, Dorothee (1991): Schön blöd. Ein Bilderbuch über schöne und blöde Gefühle. Anrich, Weinheim (Bilderbuch ab 4 Jahren)

Geisler, Dagmar / Pro Familia (2002): Mein Körper gehört mir! Loewe, Bindlach (Bilderbuch, ab 6 Jahren)

Fagerström, Grethe / Hansson, Gunilla (1992): Peter, Ida und Minimum - Hurra, wir kriegen ein Baby! Ravensburger, Ravensburg (Aufklärungsbilderbuch)

Janosch (1992): Mutter sagt, wer macht die Kinder? Mosaik, München (Aufklärungs-Bilderbuch)

Kreul, Holde (1998): Das kann ich! Von Mut und Selbstvertrauen. Loewe, Bindlach (ab 3 Jahren)

Lobe, Mira (1972): Das kleine Ich bin ich. Verlag Jungbrunnen, Wien / München (ab ca. 4 Jahren)

Löffel, Heike / Manske, Christa (1996): Ein Dino zeigt Gefühle. Donna Vita, Ruhnmark (für 3-6-Jährige)

- Meier, Katrin / Bley, Anette (1996): Das kummervolle Kuscheltier. Ein Bilderbuch über sexuellen Missbrauch. Ars Edition
- Mebes, Marion / Sandrock, Lydia (1992): Kein Anfassen auf Kommando. Donna Vita, Ruhnmark (ab 4 Jahren, Bilderbuch und Malbuch, s. auch Arbeits- und Unterrichtsmaterialien)
- Mebes, Marion / Sandrock, Lydia (1992): Kein Küßchen auf Kommando. Donna Vita, Ruhnmark (ab 4 Jahren, Bilderbuch und Malbuch)
- Mönter, Petra / Wiemers, Sabine (1999): Küssen nicht erlaubt. Kerle, Wien/Basel
- Moroney, Tracey (1999): Teddybär wie geht es dir? Ravensburger, Ravensburg (ab 2 Jahren)
- Passauer, Bernhard / Augustin, Claudia (2004): Ich weiß, was ich will. Eigenverlag, Salzburg
- Tost, Gita (2002): Wen, Do und der Dieb. Mebes & Noack, Köln

Literatur für Jugendliche

- Bain, Quaine / Sanders, Maureen (1993): Wege aus dem Labyrinth. Fragen von Jugendlichen zu sexuellem Mißbrauch. Donna Vita, Ruhnmark
- Banscherus, Jürgen (1997): Davids Versprechen, Arena
- Bell, Ruth (1990): Wie wir werden - was wir fühlen. Ein Handbuch für Jugendliche über Körper, Sexualität, Beziehungen. Rowohlt, Reinbek
- Brandt, Heike (2003): Wie ein Vogel im Käfig. Beltz, Weinheim
- Cardella, Lara (1990): Ich wollte Hosen. Fischer, Frankfurt/Main
- Gerber-Hess, Maja (1994): Und konnte nicht schreien. Mit 18 vergewaltigt. Rex Verlag, Luzern
- Hadley, Lee & Irwin / Irwin, Ann (1999): Liebste Abby. Beltz, Weinheim (ab 14 Jahren)
- Halek, Tatjana (2002): first time, first love. Was ihr schon immer über die Liebe wissen wolltet. Herder, Wien
- Halse Anderson, Laure (2001): Sprich. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel
- Hassenmüller, Heidi (1997): Gute Nacht, Zuckerpüppchen. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Mazer, Norma (2003): Eigentlich ist gar nichts passiert. Carlsen, Hamburg
- Müller, Jörg (2003): Ganz schön aufgeklärt. Loewe, Bindlach (Aufklärungsbuch ab 12 Jahren)
- Oates, Joyce Carol (2005): Mit offenen Augen. Die Geschichte von Freaky Green Eyes. Hanser, München/Wien
- Pohl, Peter (2000): Der Regenbogen hat nur acht Farben. dtv (ab 14 Jahren)

- Schneider, Sylvia (2006): Das Mädchen-Fragebuch. Wachsen und erwachsen werden. Ueberreuter, Wien
- Schneider, Sylvia (2003): Das Jungen-Fragebuch. Wachsen und erwachsen werden. Ueberreuter, Wien
- Schröder, Patricia (2002): Regenbogenfüße. Arena, Würzburg
- Talbert, Marc (2002): Das Messer aus Papier. Beltz, Weinheim (speziell für Knaben ab 13 Jahren)
- Verleyen, Karel (1994): Nicht so nah, Vater! Rex Verlag, Luzern
- Wahldén, Christina (2004): Kurzer Rock. Fischer, Frankfurt/Main

Romane

- Armstrong, Louise (1995): Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest. Suhrkamp, Frankfurt
- Galey, Iris (1991): Ich weinte nicht, als Vater starb. Geschichte eines Inzests. Serie Piper Frauen, München/Zürich
- Jensen, Kristian Ditlev (2004): Ich werde es sagen. Geschichte einer missbrauchten Kindheit. Klett-Cotta, Stuttgart
- Lappessen, Katharina (1990): Was ist mit Anna? Verlag Frauenoffensive, München

Einen guten Überblick über das aktuelle Literaturangebot zu diesem Thema bieten:

Donna Vita / verlag mebes & noack in der WISSEN+HANDELN vertriebs GmbH:
www.donnavita.de / www.mebesundnoack.de

Internetadressen

Kinderrechte: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend:

www.kinderrechte.gv.at

Internetseite der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung:

www.dggkv.de

Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention & Prophylaxe von sexuellem Missbrauch, Dr. Angela May und Norbert Remus, Berlin: Grundlagen, Literaturhinweise; Informationsservice, Fortbildungen; Zeitschrift „Prävention & Prophylaxe“: www.praevention.org

Child Abuse Prevention Network

Meistfrequentierte Website zum Thema Kindesmisshandlung mit vielen Links und Partnern: www.child-abuse.com

Deutsches Forum für Kriminalprävention: www.kriminalpraevention.de

Deutsches Portal für Hilfsorganisationen

Umfangreiche Sammlung von Hilfsorganisationen aller Art: www.hilfsorganisationen.de

KidCare Net - Netzwerk gegen Gewalt gegen Kinder

Richtet sich gegen Kindesmissbrauch, Gewalt gegen Kinder im Allgemeinen sowie gegen Kinderpornographie im Internet. Das Herzstück des KidCareNet bildet „Beratung & Hilfe“, eine Informationsdatenbank, in der die Partner des KidCareNet mit Adresse, Ansprechpartner und Beratungsangebot vertreten sind: www.kidcarenet.de/

Kindesmissbrauch - deutscher Index: www.euregio.net/deutsch/kinderschutz/

Kinderschutzportal zur schulischen Prävention gegen sexualisierte Gewalt an Mädchen und Jungen. Vom Institut für Forschung und Lehre für die Primarstufe der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster entwickelte Seite für Lehrer/innen u. pädagogische Fachkräfte: www.schulische-praevention.de

Nationales Zentrum für „Shaken Baby Syndrome“ www.dontshake.com

Deutscher Kinderschutzbund: www.dksb.de

www.help.gv.at: Wichtige Adressen und Gesetze in Österreich

Anhang

Adams-Kriterien

Bernd Herrmann, Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, Klinikum Kassel; DGgKV Kiel

Kurzgefasste Interpretationshilfe medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch (Übersetztes, modifiziertes „Adam's Schema 2005“)

Publiziert als: Adams JA (2005) Approach to interpreting physical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: A 2005 Revision. APSAC Advisor 17:7-13

Ausführlich kommentierte Version mit Literaturangaben unter www.kindesmisshandlung.de

Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz

I. Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern

Normvarianten

1. Periurethrale oder vestibuläre Bänder („Periurethral or vestibular bands“)
2. Intravaginale Längsrate / Schleimhautfalten und Kolumnen („Intravaginal ridges or columns“)
3. Hymenale Aufwerfungen, Vorsprünge („Bumps and mounds“)
4. Hymenalanhängsel oder verbliebene Septumreste („Hymenal tags or septal remnants; auch „projections““)
5. Linea vestibularis (Mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis)
6. Anteriore, superiore Kerben / Spalten des Hymens („Notches/clefts“)
7. Oberflächliche Einkerbungen oder Spalten im unteren Bereich des Hymens („Shallow / superficial notch/cleft“)
8. Externe hymenale Grate (Schleimhautfalten) („External hymenal ridges“)
9. Kogenitale Hymenvarianten: semilunär, anulär, wulstig, septiert, cribriform, mikroperforiert, atretisch („Crescentic, annular, redundant, septat, cribriform, imperforate“)
10. Diastasis ani (medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk)
11. Perianale Hautanhängsel („Perianal skin tag“)
12. Vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien oder perianal
13. Urethrale Dilatation bei labialer Traktion
14. Verdicktes Hymen (Östrogenwirkung, Faltung des Hymensausms; DD Infektion, Trauma Kontrolle!)

Andere medizinische Ursachen

15. Erytheme/Rötung anogenitaler Gewebe (DD Irritanzen, Infektionen, Trauma Kontrolle!)
16. Vermehrte Vaskularisierung Vestibulums/Hymen (DD Irritanzen, normales Muster hormoneller Ruhephase)
17. Labiale Adhäsionen / Synechien (DD lokale Reizungen, Entzündungen, Reiben)
18. Vaginaler Ausfluss (Breite DD! Abstriche erforderlich)

19. Brüchigkeit der „Posterior Fourchette“* oder hinteren Kommissur (DD Irritanzen, Infektionen, Iatrogen) („Friability“)
20. Exkoriationen, Blutungen, vaskuläre Läsionen (DD Ekzeme, Seborrhoe, Lichen sclerosus et atrophicus, anogenitale Streptokokken A Infektionen, Urethralprolaps, Hämangiome)
21. Perianale Furche oder fehlende Fusion in der Mittellinie („Groove“, „Failure of midline fusion“)
22. Anale Fissuren (DD Obstipation, perianale Infektion, Reizung)
23. Perianale venöse Stauung oder Erweiterung (DD lagerungsbedingt, Obstipation) („Venous congestion“, „venous pooling“)
24. Abgeflachte anale Fältelung (DD Relaxation des externen Sphinkters, entzündliche Schwellung)
25. Partielle oder vollständige anale Dilatation unter 2 cm (DD normaler Reflex, Obstipation, Enkopresis, Sedierung, Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen)

* „Posterior Fourchette“ = „Hinteres Band“, Bereich vom Frenulum labiorum pudendi minorum zur Commissura posterior

II. Unklare Befunde: nicht ausreichende oder widersprüchliche Daten aus Studien

Untermauern vorliegende klare Aussage eines Kindes; in Abwesenheit einer solchen Aussage vorsichtig zu bewerten („Verdächtige Befunde“)

Körperliche Untersuchungsbefunde

26. Tiefe Kerben oder Spalten am posterioren Randsaum des Hymens präpubertär („Deep notches or clefts“ versus: „Transections“) (Im Gegensatz zu vollständigen Einschnitten / Durchtrennungen; Differenzierung oberflächlich (< 50 % des posterioren Hymensausms) und tiefen Kerben (< 50 %) kann extrem schwierig sein)
27. Tiefe Kerben oder komplette Spalten des Hymens bei 3 oder 9 Uhr bei adolescenten Mädchen („Deep notches or complete clefts“) Vereinzelt auch bei sexuell nicht aktiven Mädchen beobachtet
28. Hymensaum mit weniger als 1 mm Weite zwischen 4-8 h (Knie-Brust-Lage oder Spülung mit Wasser / NaCl)
29. Warzenartige Läsionen anogenital (DD Hautanhängsel, nichtgenitale Warzen, Condylomata acuminata)
30. Vesikuläre Läsionen oder Ulzera anogenital (DD HSV, Syphilis, Varizellen, andere Viren, M. Behcet, M. Crohn, idiopathisch; - gezielte Diagnostik erforderlich)
31. Ausgeprägte, sofortige Dilatation des Anus auf 2 cm oder mehr (DD chronische Obstipation, Sedierung/Narkose, neuromuskuläre Erkrankungen; derzeit kein Konsens über Wertigkeit)

Läsionen mit bestätigter Ätiologie: unklare Spezifität für sexuelle Transmission

32. (*) Anogenitale Condylomata acuminata (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)
33. (*) Anogenitaler Herpes Simplex Typ 1 oder 2 (keine weiteren Hinweise auf Missbrauch)

(*) Meldepflichtig als missbrauchverdächtig in den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005

III. Diagnostische Befunde hinsichtlich eines Traumas und/oder sexuellen Kontaktes

Auch ohne Aussage des Kindes. Ausnahme: klarer akzidenteller Mechanismus. Empfehlung qualitativ gute Fotodokumentation anzufertigen und erfahrene zweite Meinung einzuholen. Verlaufskontrolluntersuchungen angeraten.

Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches

34. Akute Lazerationen oder ausgeprägte Hämatome anogenital („Acute lacerations“, „extensive bruising“)
35. Akute Lazerationen der „Posterior fourchette“ ohne Hymenbeteiligung; DD durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie; auch akzidentelles Trauma, einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Adoleszenten)

Residuen geheilten/heilenden Traumas

Schwierig zu bewertende Befunde ohne zuvor dokumentiertes akutes Trauma an entsprechender Lokalisation

36. Perianale Narbe (selten, DD andere medizinische Ursachen: M. Crohn, akzidentell, medizinische Eingriffe)
37. Narben der „Posterior fourchette“ oder Fossa navicularis (DD Linea vestibularis, labialen Adhäsionen)

Verletzungen, charakteristisch für stumpfe Gewalt, penetrierendes Trauma oder Kompressionsverletzungen des Abdomens oder Beckens sind

(letzteres sofern anamnestisch angegeben)

38. Akute Lazerationen des Hymens (partielle oder vollständige Einrisse)
39. Ekchymosen, Hämatome auf dem Hymen (DD bekannte infektiöse Prozesse, Gerinnungsstörungen)
40. Tiefe perianale Einrisse bis zum externen Analsphincter oder darüber hinaus (DD fehlende Fusion der Mittellinie)
41. Geheilte Durchtrennung des Hymens („vollständige Spalte“) („Hymenal transection“, „complete cleft“)

Zwischen 3-9 h bis oder nahe der Basis durchgerissener Bezirk, Eindruck dort fehlenden Hymens. Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich: Knie-Brust-Lage, Wasserspülung, Umfahren mit angefeuchtetem Stieltupfer, Blasenkatheter-Ballonmethode (nur Adoleszente!)
42. Fehlendes Segment des Hymens Bezirk des posterioren Hymenssaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, breiter als vollständige Spalte, Bestätigung durch zusätzliche Untersuchungstechniken erforderlich

Infektionen beweisend für Schleimhautkontakt mit infizierten und infektiösen Körpersekreten - Kontakt größter Wahrscheinlichkeit nach sexueller Natur

43. (***) Infektion mit *Neisseria gonorrhoe* (Ausschluss perinatale Übertragung)
44. (***) Syphilis (Lues) (Ausschluss perinatale Übertragung)
45. *Trichomonas vaginalis* Infektion (jenseits 1. Lebensjahr)

46. (***) Infektion mit *Chlamydia trachomatis* (jenseits 3. Lebensjahr)

47. (***) Positive Serologie auf HIV (Ausschluss Übertragung: perinatal, Blutprodukte, kontaminierte Nadeln)

(**) In den Guidelines der American Academy of Pediatrics 2005 als diagnostisch für sexuelle Übertragung angesehen

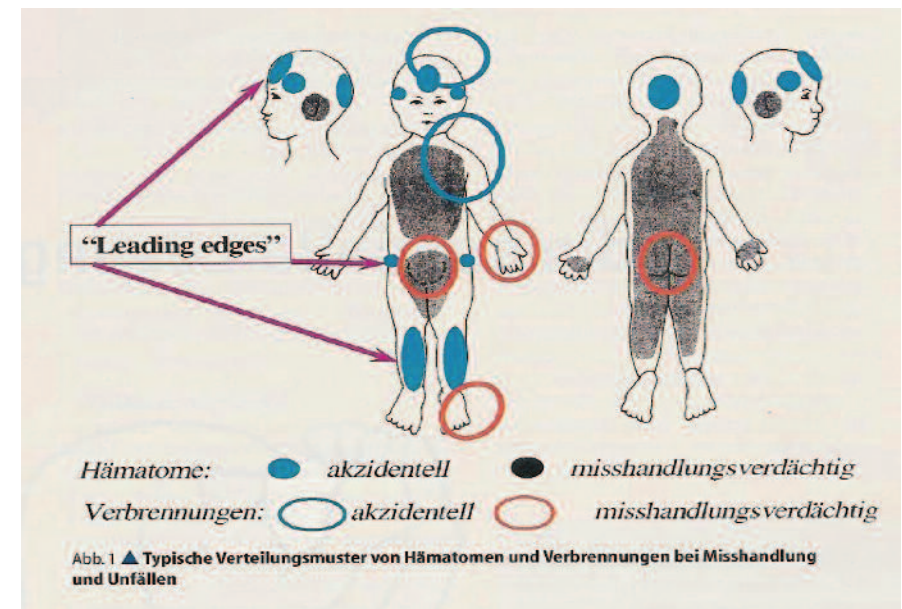
Diagnostisch für sexuellen Kontakt

48. Schwangerschaft

49. Nachweis von Spermien oder Sperma vom Körper eines Kindes

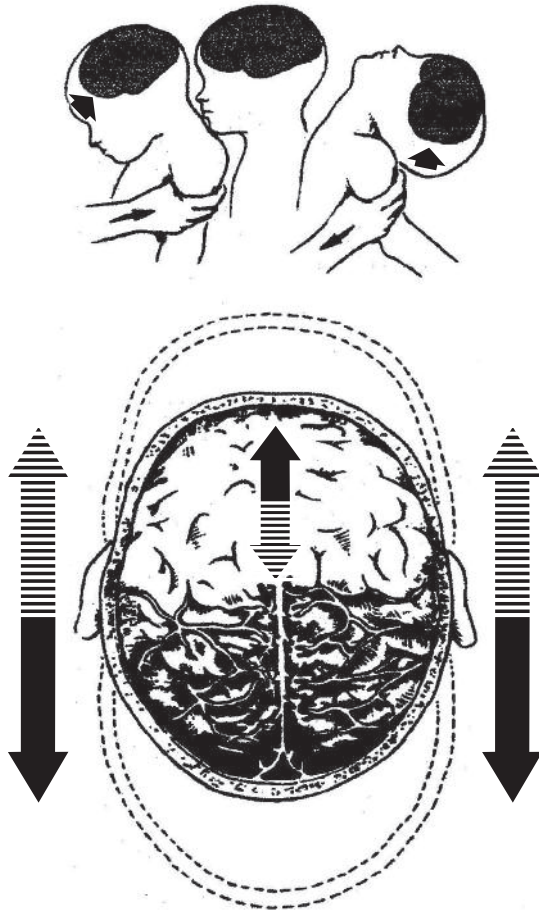
„Leading Edges“

Darstellung typischer akzidenteller Verletzungsmuster. jene Körperteile die vorspringen - „leading edges“ - werden eher durch akzidentelle Ereignisse betroffen. Nicht akzidentelle Ereignisse führen eher an andern Orten zu Auffälligkeiten (aus Hermann B 2002).



Pathophysiologie bei Schütteltrauma

(aus Lips, 2002)



Gesetzestexte

Wichtige gesetzliche Grundlagen für die Aufdeckung von Gewalthandlungen und die Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und Jugendwohlfahrt sind der § 54 des Ärztegesetzes (bzw. ähnliche Regelungen bezüglich Meldepflichten für andere medizinische Gesundheitsberufe) und der § 37 des Jugendwohlfahrtsgesetzes:

Kinderschutzgruppen (Grundsatzbestimmung im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz [KAKuG 2004])

§ 8e. (1) Der Landesgesetzgeber hat die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Kinderschutzgruppen einzurichten.

Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.

(2) Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein Facharzt für Kinderchirurgie, Vertreter des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören. Die Kinderschutzgruppe kann, gegebenenfalls auch im Einzelfall, beschließen, einen Vertreter des zuständigen Jugendwohlfahrtsträgers beizuziehen.

(3) Der Kinderschutzgruppe obliegt insbesondere die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern.

Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung (Ärztegesetz)

§ 51. (1) Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind

Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht (Ärztegesetz)

§ 54. (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

(...)

(4) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt wurde, so hat der Arzt, sofern Abs. 5 nicht anderes bestimmt, der Sicherheitsbehörde unverzüglich Anzeige zu erstatten. Gleiches gilt im Fall des Verdachts, dass eine volljährige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist.

(5) Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Richtet sich der Verdacht gegen einen nahen Angehörigen (§ 166 StGB), so kann die Anzeige so lange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

(6) In den Fällen einer vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzung hat der Arzt auf bestehende Opferschutzeinrichtungen hinzuweisen. In den Fällen des Abs. 5 hat er überdies unverzüglich und nachweislich Meldung an den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu erstatten.

Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt (Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG 1989))

§ 2. (1) Der öffentlichen Jugendwohlfahrt kommt die allgemeine Aufgabe zu, die Familie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben in der Pflege und Erziehung Minderjähriger zu beraten und zu unterstützen.

(2) Öffentliche Jugendwohlfahrt ist zu gewähren, wenn und insoweit die Erziehungsberechtigten das Wohl des Minderjährigen nicht gewährleisten.

(3) Die öffentliche Jugendwohlfahrt darf in familiäre Bereiche und Beziehungen nur insoweit eingreifen, als dies zum Wohl des Minderjährigen notwendig ist. Dies ist

besonders auch dann der Fall, wenn zur Durchsetzung von Erziehungszielen Gewalt angewendet oder körperliches oder seelisches Leid zugefügt wird.

(4) Der Jugendwohlfahrtsträger hat Meldungen über den Verdacht der Vernachlässigung, Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs von Minderjährigen, welche gemäß § 37 oder aufgrund berufsrechtlicher Ermächtigungen oder Verpflichtungen an den Jugendwohlfahrtsträger erstattet werden, personenbezogen zu erfassen und unverzüglich zu überprüfen. Diese Daten sind nur zur Wahrnehmung von Aufgaben der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu verarbeiten, zu benützen, zu übermitteln oder zu überlassen. Unrichtige Daten sind von Amts wegen zu löschen.

Mitteilungspflicht (Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG 1989))

§ 37. (1) Die Behörden, besonders soweit sie für Einrichtungen zur Betreuung und zum Unterricht von Minderjährigen zuständig sind, und die Organe der öffentlichen Aufsicht haben den Jugendwohlfahrtsträgern alle bekannt gewordenen Tatsachen mitzuteilen, die zur Vollziehung der Jugendwohlfahrt erforderlich sind.

(2) Ergibt sich für in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätige Angehörige eines medizinischen Gesundheitsberufes sowie für in der Jugendwohlfahrt tätige oder beauftragte Personen, die aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, der Verdacht, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind, haben sie, sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohles erforderlich ist, dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten.

(3) Soweit die Wahrnehmungen der in der Jugendwohlfahrt tätigen oder beauftragten Personen, die aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, drohende oder sonstige bereits eingetretene Gefährdungen des Kindeswohles betreffen, sind diese zur Mitteilung an den Jugendwohlfahrtsträger berechtigt, soweit die Wahrnehmungen Minderjährige betreffen und die Information der Abwendung oder Beseitigung der Gefährdung dient. Weitergehende Ausnahmen von bestehenden Verschwiegenheitspflichten bleiben unberührt. [...]

Weitere relevante Gesetzestexte (ABGB, StGB) finden sich auf:
www.help.gv.at

Leitfaden zur Dokumentation

Dieser Leitfaden soll die Dokumentation mit den Zuweisungs-, Dokumentations- und Befundberichtsbögen erleichtern. Die Formulare sollen wiederum eine möglichst genaue Dokumentation mit möglichst wenig Aufwand ermöglichen (z. B. durch Punktelisten, Piktogramm etc.). Der Abschlussbericht (zusammenfassende Beurteilung / Befundbericht) ist rechtlich betrachtet ein Gutachten, aus dem die Situation der/s Beurteilten klar erkennbar und die Kausalität der Empfehlungen nachzuvollziehen sein muss. Vor allem im Sinne der Forensik ist diese Genauigkeit notwendig, damit die Dokumentation den Opfern im Falle eines Prozesses helfen und auch die jeweiligen Mitarbeiter/innen schützen kann. Die Dokumentationsvorlagen entsprechen der aktuellen Gesetzeslage und unterstützen die gewünschte Standardisierung und Qualitätssicherung.

Die Formulare wurden so gestaltet, dass die „Zuweisung an die KSG“, die „Dokumentation der KSG“ und der „Zusammenfassende Beurteilung der KSG - Abschlussbericht“ diesen Anforderungen entsprechen. Prinzipiell ist von der/dem Stationsarzt/ärztin eine Zuweisung zu verlangen, in der der Auftrag zur konsiliarischen Bearbeitung klargestellt ist. Die Zuweisung soll eine Verdachtsdiagnose, die Symptomatik und die Beschreibung der bisherigen Maßnahmen beinhalten. Die Kinderschutzgruppe übernimmt den Auftrag und erhebt ihrerseits entsprechende Fakten, Symptome, Befunde. Sie bewertet diese und fasst sie in der Befundung zusammen und empfiehlt entsprechende Schritte und Maßnahmen. Die Dokumentationspflicht der Konziliarärztin / des Konziliararztes obliegt hierbei der Kinderschutzgruppe.

Pflegedokumentationsblatt (1 und 2)

Die Beobachtungen des Pflegepersonals sind häufig eine zentrale Information im Abklärungsprozess. Daher sollte nach Möglichkeit bei jedem Kind der Pflegedokumentationsbogen ausgefüllt und in der Krankengeschichte verwahrt werden. Dieser Bogen kann auch die Zuweisung zur Kinderschutzgruppe ergänzen und soll zur Diskussion in der Kinderschutzgruppe herangezogen werden.

Seite 1

Pflegedokumentationsblatt 1

Name Vorname Datum
 Geschlecht Geburtsdatum

Verhalten des Kindes unauffällig
 während Untersuchungen, Pflegemaßnahmen; eigenartig unbewegliches Verhalten, wenig Abwehr, dabei genau beobachtend („frozen watchfulness“)
 andere Auffälligkeit
 weiche:

Bemerkungen

Entwicklung unauffällig
 Sprachrückstand motorischer ER kognitiver ER

Stimmung unauffällig (z. B. schwankend)

Beziehungsgestaltung
 a) zu Familienmitgliedern / Eltern unauffällig eingeschränkt distanzlos
 b) zu Pflegepersonal unauffällig eingeschränkt distanzlos
 c) zu anderen Personen (Mittelpatient/innen etc.) unauffällig eingeschränkt distanzlos

Spielverhalten unauffällig
 nicht altersentsprechend
 aggressiv
 sexualisiert

Ausdruck unauffällig
 non verbal auffällig
 verbal auffällig (z. B. sexualisiert, aggressiv)

Seite 2

Pflegedokumentationsblatt 2

Berichte des Kindes auffällig zu unauffällig
 familiären Verhältnissen, z. B. mit Vernachlässigungsverdacht
 Übergrifften körperlicher oder sexueller Natur

Körperliche Reaktionen des Kindes unauffällig
 Klage über Beschwerden im Genitalbereich
 bei medizinischer Untersuchung
 bei pflegerischen Maßnahmen
 Beschreibung (bitte auf Rückseite)

Elternbeobachtung

Verhalten der Eltern / Begleitpersonen unauffällig
 abwehrend, misstrauisch
 ungewöhnlich stark überbesorgtes Verhalten
 ungewöhnlich distanzierter (z. B. niedrige Besuchsfrequenz)

Umgang mit dem Kind unauffällig
 hart, entwertend, aggressiv
 keine Zuneigung bzw. kein Ausdruck liebevoller Zuwendung beobachtbar, indirekte Ablehnung
 verbringen wenig Zeit mit dem Kind oder beschäftigen sich nicht mit dem Kind, wenn zu Besuch
 unangemessener Umgang mit dem Kind, nicht bedürfnisorientiert
 vermeiden Blickkontakt mit dem Kind
 überbesitzend, einengend

Umgang mit Personal unauffällig
 vermeiden Gespräch mit Personal
 verschweigen frühere Verletzungen, Behandlungen
 Doktorhopping
 erzählen widersprüchliche oder abstruse Erklärungen für die Verletzungen
 Bemerkenswertes:

Datum / Unterschrift Name

Zuweisung an die Kinderschutzgruppe (Zuweisungsbogen)

Der Zuweisungsbogen ist von dem/der zuweisenden Arzt/Ärztin auszufüllen und soll in Kopie in der Krankengeschichte / Krankenakte aufbewahrt werden. Bitte im Piktogramm Details genau einzeichnen und daneben beschreiben (Farbe, Form, Konsistenz, Oberfläche, Ausdehnung). Dieser Bogen dient als eine wesentliche Grundlage der späteren Befundbeschreibungen durch die KSG. Für **niedergelassene Kinderärzt/innen und Allgemeinmediziner/innen** ist das Formular „Zuweisung zur Kinderschutzgruppe“ als Dokumentationsgrundlage - auch für die Erfüllung der ärztlichen Dokumentationspflicht - gedacht. Es ist kurz gehalten und beinhaltet alle auch die für die Forensik wesentlichsten Punkte. Idealerweise wird dieses Blatt ergänzt durch eine Fotodokumentation (siehe Formular).

Seite 1

Zuweisung an die KINDERSCHUTZGRUPPE

Name des Kindes Geb, Datum Aufnahmezahl ambulant stationär

Postleitzahl, Wohnort Straße, Haus-Nr. Telefonische Erreichbarkeit

Verdacht auf: körperliche Misshandlung sexuellen Missbrauch Vernachlässigung
 seelische Misshandlung Münchhausen-by-proxy

Wer brachte das Kind zur Aufnahme?: Name, Tel. Nr., welchen Bezug zum Kind?

Falls bekannt: **Wer hat die Osborne?:** Name, Tel. Nr., welchen Bezug zum Kind?

Vorgeschichte:

Verletzung (Art, Lokalisation): BITTE auf der Rückseite im Piktogramm einzeichnen

Verhalten / Erklärung des Kindes:

Erklärung der Eltern, Erziehungsberechtigten und/oder Begleitperson:

Laufende bzw. durchgeführte Maßnahmen / Sonstiges:

Gefahr in Verzug
 Eltern informiert über die Zuweisung zur KSG
 Jugendwohlfahrt involviert (zuständig: Name, Magistra/BH)
 Jugendwohlfahrt informiert (zuständig: Name, Magistra/BH)
 Telefon: Fax:
 Anzeige erstattet
 Fotodokumentation der Verletzungen
 kinder- und jugendpsychologische Untersuchung
 bisherige Untersuchungen:

Sonstiges:

Keine Maßnahmen

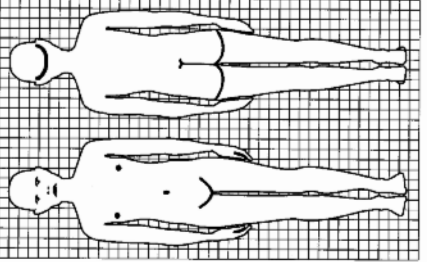
Seite 2

Bitte Verletzungen in die Skizze einzeichnen!

Hinweise:
Säuglinge und Kleinkinder (0 - 6 Jahre):
 Hämatome, Erythemen, Schwellungen, nässende Wunden und Schürfungen an Kopf und behaarter Kopfhaut, Gesicht, Hals, Schütteltrauma, Koma, Krämpfe, Griffmarken - Oberarme und seitlicher Thorax, unklare paroxysmale Episoden.
Schulkinder (6 - 14 Jahre):
 Entsprechende Befunde an Gesicht, Rücken, Beinen sowie Dammbereich, Genitalien, After, Oberschenkel und Unterbauch (letztere bes. bei sexuellem Missbrauch).
Jugendliche (14 - 18 Jahre):
 Kopf, Hals sowie insbesondere an bedeckten Körperbereichen wie Schultern, Nacken und Oberarmen, Genital/Anahbereich.

Skizze zum Markieren der Befunde:

Beschreibung der Verletzungen und ergänzende Bemerkungen:



Datum:

Name und Unterschrift des/der Zuweisers/in:

Dokumentation der Kinderschutzgruppe (Dokumentationsbogen)

Der von der Kinderschutzgruppe auszufüllende Dokumentationsbogen dient ausschließlich der KSG-Dokumentation; er ist daher an einem geeigneten und nur für die KSG zugänglichen Ort aufzubewahren.

Familie: Familienstand, akute Belastungen und Belastungsfaktoren, familiäre Verhältnisse erfassen.

Sozialstatus: Da die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht einen Schutz- und/oder Belastungsfaktor darstellen kann, ist die Information darüber, in welcher Schicht ein Kind aufwächst, wichtig. Klassifikation nach Hans G. Schlack (1995):

Begriff Naher Angehöriger (ÄG § 54, Abs 5 und StGB § 166): Dieser Punkt ist wegen der Folgen in Hinblick auf Anzeigepflicht bzw. Aufschub der Anzeige von wesentlicher Bedeutung und daher unbedingt auszufüllen.

Ergebnisse und Bewertung der Befunde im Sinne der Zuweisungsdiagnose: Dieser Teil ist der wichtigste der gesamten Dokumentation, da er die Grundlage der „Zusammenfassenden Beurteilung“ darstellt und die Nachvollziehbarkeit der Beurteilung ermöglicht. **Bei jeder KSG-Sitzung ist das Ergebnis der Besprechung mit Datum versehen extra zu dokumentieren.**

Seite 1

Dokumentation der KINDERSCHUTZGRUPPE

Name des Kindes: _____
 Geburtsdatum: _____

Zuweisungsdiagnose: _____

Familie:
 Sozialstatus der Eltern: _____ KV: _____
 I: Akademische Berufe
 II: Leitende Angestellte
 III: M: Facharbeiter mit manueller Tätigkeit
 IV: Minderqualifizierte Arbeiter
 V: Ungelernte Arbeiter
 III N: Qualifizierte Angestellte mit nicht-manueller Tätigkeit
 IV N: Qualifizierte Arbeiter (siehe AnzG V Abs 1 / KSD 13, siehe Leitfaden KSG)

Zur Vorgeschichte:
 Beschreibung der Betroffenen: _____
 Situation auf den ersten Blick (Aufnahme): _____
 Medizinische Aufnahmediagnose: _____

Wie kam es zur Zuweisungsdiagnose?
 Diskrepanz Anamnese - Symptommuster
 Symptomatologie
 Hinweise von Schwitem / Personal
 Hinweise von außen (JW, Polizei, Nachbar, ...)

Gegen wen richtet sich der Verdacht?
 Nahe Angehörige § 54 Abs 5, Abs 2, Satz 1, d, g, f:
 Mutter / Stiefmutter
 Vater / Stiefvater
 Sonstige nahe Angehörige: _____
 Sonstige Personen: _____
 Fremder Freundeskreis
 Arbeitskollege/in Schulkollege/in
 Andere: _____

Seite 2

Klinisches Bild:
 Symptome: möglichst genaue Beschreibung, ganzheitlich (gesundheitliche Situation, psychische Verfassung, ...)
 (Siehe Fotoalbum / Zuweisungsformular)

Symptommuster in Bezug auf Zuweisungsdiagnose (mehrere Kategorien möglich):
 Pädiatrisch - intermetrisch (z. B. Cerebellarstörung)
 Dermabologisch (Condylomata, Dellenzen, thermische Schäden, ...)
 Gynäkologisch (Verletzungen, Perforation, Bak. DNA)
 Traumatologisch (Weichteiltrauma, Frakturen, Hämatome, Schürfwunden, ...)
 Neurologisch (Anfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörung, ...)
 Psychiatrisch (Suizidversuch, Depression, Bewusstseinsveränderung, ...)
 Entwicklungsrickstand Erworben Angeboren
 Sonstige: _____

Durchgeführte Untersuchungen:
 Datum: _____
 MRI: _____ Datum: _____
 CT: _____ Datum: _____
 Röntgen: _____ Datum: _____
 Ultraschall: _____ Datum: _____
 Scan: _____ Datum: _____
 Gynäkologische Untersuchung: _____ Datum: _____
 Augenhintergrund: _____ Datum: _____
 Konsile / weiche: _____ Datum: _____
 Psychologische Diagnostik: _____ Datum: _____
 Foliodokumentation: weiche: _____ Datum: _____
 wo (GD): _____ Datum: _____

Ergebnisse und Bewertung der erhobenen Befunde im Sinne der Zuweisungsdiagnose:
 Ergebnis vom: _____
 Ergebnis vom: _____
 Ergebnis vom: _____

Seite 3

Beurteilung durch die KSG / Datum

Bewertung des Verdachts auf:
 Körperliche Misshandlung
 Sexueller Missbrauch
 Vernachlässigung
 Sexuelle Misshandlung
 Minderhausensby-proxy
 Andere Diagnose:
 Weiche: _____

Verdacht wahrscheinlich	Verdacht unwahrscheinlich	Verdacht bleibt offen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maßnahmen / Empfehlung der KSG:
 Einmaliges Ereignis wiederholte Ereignisse
 Ausmaß der Traumatisierung leicht mittel schwer
 Seelisch: leicht mittel schwer

Maßnahmen / Empfehlung der KSG:
 Gespräch mit Betroffenen / anwesend;
 Konfrontationsgespräch / anwesend;
 Gespräch mit sonstigen Einbezogenen;
 Weitere Befunderhebung / weiche, wer;
 Weitere Anamneseerhebung (inkl. JW, ...); anwesend;
 Keine weiteren Maßnahmen

Zusammenfassende Beurteilung der KSG / Datum: _____ in KSG
 _____ in KSG Dokumentation

Besprechung vom: _____
 Besprechung vom: _____
 Besprechung vom: _____

Datum / Unterschrift: _____

Seite 1



Zusammenfassende Beurteilung der KINDERSCHUTZGRUPPE

Name des Kindes:
 Geb. Datum:

1. Befund Begründung der KSG Diagnose (inkl. Bewertung der vorhandenen Befunde und Anamnese):

2. Beurteilung

a) Bewertung des Verdachts auf:

<input type="checkbox"/> Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/> Verdacht wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Verdacht unwahrscheinlich	<input type="checkbox"/> Verdacht bleibt offen
<input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seelische Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Münchhausen-by-proxy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Diagnose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche: Einmaliges Ereignis Wiederholte Ereignisse

Ausmaß der Traumatisierung

Körperlich: leicht mittel schwer

Seelisch: leicht mittel schwer

b) Sicherheit des Kindes:

Gefahr in Verzug

Ausreichender Schutz des Kindes gewährleistet

Bleibt offen

c) Klinische Diagnose nach MAS / ICD 10 Code Text

Achse I Psychiatrische Diagnose

Achse II Entwicklungsstörung

Achse III Intelligenz

Achse IV Körperliche Erkrankung

Achse V Soziale Belastung

Achse VI Soziales Anpassungsniveau

Seite 2

3. Durchgeführte Maßnahmen:

Elterngespräch über den Verdacht Datum:

Konfrontationsgespräch mit: Datum:

Information an die Jugendwohlfahrt Datum:

Gefährdungsmeldung an die Jugendwohlfahrt Datum:

(Verletzungs-) Anzeige: ja nein aufgeschoben

Kopie der Verletzungsanzeige beiliegend ja nein

4. Empfohlene Maßnahmen:

Vermittlung zu anderen Kinderschutzeinrichtungen

Welche: Übergabe / Evidenzhaltung an / durch Jugendwohlfahrt

Kinder- und Jugendanwaltschaft

Psychologische Diagnostik / Betreuung

Psychotherapeutische Betreuung

Prozessbegleitung

Fremdurbringung

Kontrollmaßnahmen:

WER:

wann:

wo:

Besprechung in der KSG am:

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Für die KSG:

Datum / Unterschrift:

Zusammenfassende Beurteilung

Befund: soll so geschrieben sein, dass die Beurteilung logisch nachvollziehbar ist.

Beurteilung: Mehrfachangaben möglich

Klinische Diagnose nach Multiaxialem Klassifikationsschema (MAS) nach ICD 10 (Remschmidt 1994). Die multiaxiale Klassifikation ermöglicht eine über das physische Maß der Schädigung hinausgehende Dokumentation von prognostisch wichtigen Faktoren in Bezug auf die Langzeitprognose, vor allem nach Traumatisierung. Nach Möglichkeit soll diese Klassifikation durchgeführt werden, es ist allerdings klar, dass dazu ein gewisses Maß an Übung nötig ist. Nicht zuletzt könnte dadurch auch eine intensivere Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatern, die dieses Schema tagtäglich anwenden, entstehen.

Achse I	Psychiatrische Erkrankung: alle F-Codes des ICD 10 werden hier vermerkt (außer F80 - F83)
Achse II	Entwicklungsstörungen F80 umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache F80.0 Artikulationsstörung, F80.1 expressive + F80.2 rezeptive Sprachstörung F81 umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten F81.0 Lese-Rechtschreibstörung, F81.1 Isolierte Rechenstörung, F81.2 Rechenstörung, F82 umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen F82.3 kombinierte Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten F83 kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
Achse III	Intelligenz: kann geschätzt werden 1 sehr hoch > 129; 2 hoch > 115; 3 normal 85-115; 4 niedrig 70-84; 5 leichte Behinderung 50-69; 6 mäßige Behinderung 35-49; 7 schwere Behinderung 20-34; 8 schwerste < 20; 9 nicht bekannt
Achse IV	körperliche Diagnose nach ICD 10
Achse V	psychosoziale Belastungsfaktoren (siehe unten)

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

00. Keine signifikante Verzerrung oder unzureichende psychosoziale Umstände
- 1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen**
- 1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung
- 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
- 1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
- 1.3 Körperliche Kindesmisshandlung
- 2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie**
- 2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils
- 2.1 Behinderung eines Elternteils
- 2.2 Behinderung der Geschwister
- 3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation**
- 4. Abnorme Erziehungsbedingungen**
- 4.0 Elterliche Überfürsorge
- 4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
- 4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
- 4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern
- 5. Abnorme unmittelbare Umgebung**
- 5.0 Erziehung in einer Institution
- 5.1 Abweichende Elternsituation
- 5.2 Isolierte Familie
- 5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
- 6. Akute, belastende Lebensereignisse**
- 6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung
- 6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
- 6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
- 6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
- 6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
- 6.5 Unmittelbare, beängstigende Ereignisse
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
- 7.0 Verfolgung oder Diskriminierung**
- 7.1 Migration oder soziale Verpflanzung
8. Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit
- 8.0 Streitbeziehungen mit Schülern / Mitarbeitern**
- 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer / Ausbilder
- 8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation
- 9. Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes**
- 9.0 Institutionelle Erziehung
- 9.1 Bedrohliche Umstände infolge einer Fremdunterbringung
- 9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Achse VI	globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (CGAS Child Global Assessment Scale)
0	herausragend in allen Bereichen
1	mäßige soziale Funktion und/oder vorübergehende Schwierigkeiten
2	leichte soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich (Schule, Familie, Peer-Group, Freizeit, Verhalten)
3	mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich
4	ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich
5	ernsthafte und durchgängige Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
6	funktionsunfähig in den meisten Bereichen - ständige Beaufsichtigung und Betreuung nötig
7	schwere und durchgängige Beeinträchtigung, braucht beträchtliche Betreuung
8	tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, ständige Betreuung, völliges Fehlen von Kommunikation
9	nicht einschätzbar

Referenzen: Schlack (1995) und Remschmidt/Schmidt (Hg.) (1994)

Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger über Gewalt an einem Kind oder Jugendlichen

Mit diesem Formular kann die zuständige Jugendwohlfahrtsbehörde mit den notwendigen Erstinformationen versorgt und eine rasche Hilfestellung für das betroffene Kind und deren Familie eingeleitet werden:

Alle hier vorgestellten Formulare sind herunter zu laden von: <http://www.kinderrechte.gv.at/home/service/content.html> bzw. www.bmgfj.gv.at

Seite 1

Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger über Gewalt an einem Kind oder Jugendlichen

Grund der Meldung

Vernachlässigung (Zustreifendes ankreuzen) Misshandlung sexuelle Gewalt

Name, Adresse des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon: _____

Name, Adresse der Begleitperson: _____
Beziehung zum Kind: _____
Telefon: _____

Art der Gesundheitsbeeinträchtigung: _____

Was passierte laut Schilderung des Kindes (wann, wie oft, wer war daran beteiligt)? _____

Was passierte laut Schilderung der Begleitperson (wann, wie oft, wer war daran beteiligt)? _____

Seite 2

Worauf stützt sich Ihr Verdacht? (z. B. Art der Verletzung, auffälliges Verhalten des Kindes, widersprüchliche Schilderungen des Hergangs, Diskrepanz zwischen der Schilderung und der Art der Verletzung etc.): _____

Wohin sehen Sie die weitere erhebliche Gefährdung des Kindeswohls? _____

Sonstige auffällige Beobachtungen: _____

Name, Adresse und Tel. der Eltern/Obsergeberechtigten (soweit bekannt): _____

Zusätzliche Informationen: _____

Name, Beruf und Adresse/Beschäftigungsort, Tel. der Melderin/des Melders: _____

Datum / Unterschrift: _____

Kinderschutzeinrichtungen in Österreich

Kinderschutzgruppen in Krankenhäusern

■ BURGENLAND

Landeskrankenhaus Oberwart
Kinder- und Jugendabteilung
7400 Oberwart, Dornburggasse 80
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Isolde Schmelzer
T: 05/7979-33106
E: isolde.schmelzer@krages.at
Robert Bruckner
E: robert.bruckner@krages.at

■ KÄRNTEN

Landeskrankenhaus Klagenfurt
Kinder- und Jugendchirurgie
9026 Klagenfurt, St. Veiter Straße 47
Ansprechpartner/in:
Prim. Univ. Doz. Dr. Günter Fasching
T: 0463/538-39300
E: g.fasching@lkh-klu.at
OA Dr. Eberhard Wächter
T: 0463/538-39303
E: eberhard.waechter@lkh-klu.at

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Ansprechpartner/in:
Station A: OA Dr. Eva Sadila-Plank
E: eva.sadila@kabeg.at
Station B: Ass. Dr. Eva Maria Haring
E: eva.haring@kabeg.at
Station C: OA Dr. Barbara Schmidt-Zeitler
E: barbara.schmidt@kabeg.at
Station D: Ass. Dr. Margarete Wigoschnig
E: margarete.wigoschnig@kabeg.at

Landeskrankenhaus Villach
9500 Villach, Nikolaigasse 43
Ansprechpartner/in:
Dr. Klaus Kaltenbrunner
T: 04242/208-3359
E: klaus.kaltenbrunner@lkh-vil.or.at
Dr. Christian Liechtenstein
T: 04242/208-3141
E: christian.liechtenstein@lkh-vil.or.at

Krankenhaus Spittal/Drau
9800 Spittal/Drau, Billrothstraße 1
Ansprechpartner/in:
Dr. Antonia Wutte
T: 04762/35920 (Ordination)
E: office@khsptital.com

■ NIEDERÖSTERREICH

Krankenhaus Wiener Neustadt
2700 Wiener Neustadt, Corvinusring 3-5
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Olaf Arne Jürgenssen
T: 02622/321-3401
E: olaf.juergenssen@kh-wrn.ac.at
OA Dr. Michael Foramitti
T: 02622/321-3401
E: foramitti@kinder-wrn.at
OA Dr. Brigitte Fucik
T: 02622/321-3401
E: fucik@kinder-wrn.at

Landeskrankenhaus Mostviertel Scheibbs
3270 Scheibbs, Eisenwurzenstraße 26
Ansprechpartner/in:
Mag. Martina Maier
T: 07482/404-4022
E: psychologie@scheibbs.lknoe.at
OA Dr. Baumann

Landeskrankenhaus Donauregion Tulln
3430 Tulln, Alter Ziegelweg 10
Ansprechpartner/in:
Prim. Univ. Doz. Dr. Hans Salzer
T: 02272/601-10441
E: kinder@tulln.lknoe.at

Landeskrankenhaus Krems
Kinder- und Jugendabteilung
3500 Krems, Mitterweg 10
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. H. Andrew Zaunschirm
T: 02732/804-2811
E: andrew.zaunschirm@krems.lknoe.at
DKKS Irmgard Lechner
E: kinderheilkunde.station@krems.lknoe.at

Landeskrankenhaus St. Pölten
3100 St. Pölten, Propst Führer-Straße 4
Ansprechpartner/in:
Prim. Univ. Prof. Dr. Karl Zwiauer
T: 02742/300-13506
E: karl.zwiauer@stpoelten.lknoe.at
DSA Elke Gerstl
E: elke.gerstl@stpoelten.lknoe.at
Mag. Wagner-Simhandl
E: sabine.wagner-simhandl@stpoelten.lknoe.at

Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach
Kinderabteilung
2130 Mistelbach, Lichtensteinstraße 67
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Jutta Falger
T: 02572/3341-4072
E: angela.wittmann@mistelbach.lknoe.at

Landeskrankenhaus Zwettl
3910 Zwettl, Popstei 5
Ansprechpartner/in:
Dr. Helmut Oberlerchner
T: 02822/504-6306
E: helmut.oberlerchner@zwettl.lknoe.at

Landeskrankenhaus Amstetten
Kinderabteilung
3300 Amstetten, Krankenhausstraße 21
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Peter Fucik
T: 07472/604-6700
E: peter.fucik@amstetten.lknoe.at
OA Dr. Susanne Katzensteiner
T: 07472/604-6718
e-mail: susanne.katzensteiner@amstetten.lknoe.at
Dr. Christoph Wolfram
T: 07472/604-6720
E: christoph.wolfram@amstetten.lknoe.at

Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling
2340 Mödling, Sr. M. Restituta Gasse 12
Ansprechpartner/in:
DSA Henriette Wais
Mag. Pranger
T: 02236/204-153 und -7484
E: sozialarbeit@moedling.lknoe.at und kinderschutz@moedling.lknoe.at

■ OBERÖSTERREICH

Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz
4020 Linz, Krankenhausstraße 26-30
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Johannes Baubin
T: 050 554/63-23306
E: johannes.baubin@gespag.at
OA Dr. Michael Merl
T: 050 554/63-25106
E: michael.merl@gespag.at
DSA Daniela Brandstetter
T: 050 554/63-25165
E: daniela.brandstetter@gespag.at

Landeskrankenhaus Vöcklabruck
4840 Vöcklabruck
Dr. Wilhelm-Bock-Straße 1
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Franz Paky
T: 050 554/71-24800
E: franz.paky@gespag.at

Landeskrankenhaus Kirchdorf/Krems
4560 Kirchdorf/Krems
Hausmanning Straße 8
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Friedrich Häckel
T: 050 554/67-24850
E: friedrich.haeckel@gespag.at
OA Dr. Romana Papek
T: 050 554/67-24807
E: romana.papek@gespag.at

Klinikum Kreuzschwestern Wels GmbH
4600 Wels, Grieskirchner Straße 42
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Christoph Offenberger
T: 07242/415-2377
E: christoph.offenberger@klinikum-wels.at

Landeskrankenhaus Steyr
4400 Steyr, Sierninger Straße 170
Ansprechpartner/in:
Prim. Dr. Josef Emhofer
T: 050 554/66-34800
E: josef.emhofer@gespag.at
OA Dr. Ludwig Dorninger
T: 050 554/66-24805
E: ludwig.dorninger@gespag.at

Krankenhaus Rohrbach
4150 Rohrbach, Krankenhausstraße 1
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Christine Popper-Preining
T: 050 554/77-24800
E: christine.popperpreining@gespag.at

■ SALZBURG

Landeskrankenhaus Salzburg
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
Ansprechpartner/in:
Martina Brunner
T: 0662/4482-58553
E: martina.brunner@salk.at

Kinderklinik
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Adrian Kamper
T: 0662/4482-57869
E: a.kamper@salk.at

Kinderchirurgie
Ansprechpartner/in:
Dr. Christian Heil
T: 0662/4482-57393
E: c.heil@salk.at

Dr. Jörg Schnöll
T: 0662/4482-57549
E: j.schnoell@salk.at

Christian-Doppler-Klinik
Kinder- und Jugendpsychiatrie
5020 Salzburg, Ignanz-Harrer-Straße 79
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Leonhard Thun-Hohenstein
T: 0662/4483-4511
E: l.thun-hohenstein@salk.at

Kinder- und Jugendspital Schwarzach
5620 Schwarzach
Kardinal Schwarzenberg-Straße 2-6
Ansprechpartner/in:
Mag. Ingrid Wagneder
T: 06415/7101-3232
E: inawagneder@hotmail.com

■ STEIERMARK

Landeskrankenhaus Graz
Kinderklinik
8036 Graz, Auenbruggerplatz 30
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Manfred Danda
T: 0316/385-81098
E: manfred.danda@klinikum-graz.at
Univ. Prof. Dr. Marija Trop
T: 0316/385-81111
E: marija.trop@klinikum-graz.at
Gabriele Sohnegg
T: 0316/385-82617
E: gabriele.sohnegg@klinikum-graz.at

Kinderchirurgie
8036 Graz, Auenbruggerplatz 34
Ansprechpartner/in:
Univ. Prof. Dr. Michael E. Höllwarth
T: 0316/385-3762
E: michael.hoellwarth@klinikum-graz.at
Univ. Prof. Dr. Axel Haberlik
T: 0316/385-81150
E: axel.haberlik@klinikum-graz.at
Dr. Andrea Huber-Zeyringer
T: 0316/385-83683
E: andrea.zeyringer@klinikum-graz.at

Landeskrankenhaus Leoben
8700 Leoben, Vordernberger Straße 42
Ansprechpartner/in:
DSA, Psychotherapeutin Christine Schmidt
T: 03842/401-2340
E: christine.schmidt@lkh-leoben.at

Diakonissenkrankenhaus Schladming
8970 Schladming, Salzburger Straße 777
Ansprechpartner/in:
Mag. Hannes Goditsch
T: 03685/2020-6511
E: psychosozdienst.schladming@
diakoniewerk.at

■ TIROL

Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde Innsbruck
6020 Innsbruck, Anichstraße 35
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Heiner Maurer
T: 0512/504-23600
E: heiner.maurer@uki.at
DSA Christiane Bär
T: 0512/504-23600
E: christiane.baer@uki.at
Bezirkskrankenhaus Schwaz
6130 Schwaz, Swarovskistraße 1-3
Ansprechpartner/in:
DSA Martina Nagele
T: 05242/600-2441
E: m.nagele@kh-schwaz.at
Monika Thanner-Hochstaffl
T: 05242/600-2440
E: m.thanner-hochstaffl@kh-schwaz.at

Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol
6380 St. Johann in Tirol, Bahnhofstraße 14
Ansprechpartner/in:
Dr. Doris Hof
T: 05352/606-350 (Mi, Do)
E: kinder@khsj.at

■ VORARLBERG

Landeskrankenhaus Feldkirch
6800 Feldkirch, Carinagasse 47
Ansprechpartner/in:
Dr. Ingo Kitzelmann
T: 05522/303-2933
E: ingo.kitzelmann@lkhf.at
Prim. Univ.Do. Dr. Burkhard Simma
T: 05522/303-2991
E: burkhard.simma@lkhf.at

Landeskrankenhaus Bregenz
Kinderabteilung
6900 Bregenz, Carl-Pedenz-Straße 2
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Kurt Schlachter
T: 05574/401-6503
E: kurt.schlachter@lkhb.at

Krankenhaus der Stadt Dornbirn
6850 Dornbirn, Lustenauer Straße 4
Ansprechpartner/in:
Dr. Christiane Rhomberg
T: 05572/303-2308
E: christiane.rhomberg@spital.dornbirn.at
DSA Marlies Rinnhofer
T: 05572/303-3200
E: marlies.rinnhofer@spital.dornbirn.at

■ WIEN

Gottfried von Preyer'sches Kinderspital
der Stadt Wien
1100 Wien, Schrankenberggasse 31
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Alfred Dilch
T: 01/60113-2613
E: alfred.dilch@wienkav.at
DKKS Angelika Koncz
T: 01/60113-2512
E: angelika.koncz@wienkav.at

Kinderklinik Glanzing im
Wilhelminen-Spital
1160 Wien, Montleartstraße 37
Ansprechpartner/in:
Dr. Sonja Havlicek
T: 01/491 50-2907 oder 2908
E: sonja.havlicek@wienkav.at

AKH Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
Ansprechpartner/in:
Prof. Dr. Rainer Seidl
T: 01/404 00-3229
E: rainer.seidl@meduniwien.ac.at

Sozialmedizinisches Zentrum Ost -
Donauspital
1220 Wien, Langobardenstraße 122
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Wolfgang Novak
T: 01/28802-74-4316
E: wolfgang.novak@wienkav.at

St. Anna-Kinderspital
1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Andreas Havranek
T: 01/401 70-1211
E: andreas.havranek@stanna.at

Krankenanstalt Rudolfstiftung - KAR
1030 Wien, Juchgasse 25
Ansprechpartner/in:
OA Dr. Othmar Fohler
T: 01/711 65-2611
E: othmar.fohler@wienkav.at

Kinderschutzeinrichtungen

■ BURGENLAND

Kinder- und Jugendanwaltschaft
7000 Eisenstadt, Hartlsteig 2
T: 057/600-2808
www.kija.at

Kinderschutzzentrum „Rettet das Kind“
Burgenland
7000 Eisenstadt
Joseph-Haydn-Gasse 2/3/12
T: 02682/64214
www.rettet-das-kind-bgld.at

■ KÄRNTEN

Kinder- und Jugendanwaltschaft
9020 Klagenfurt, 8.-Mai-Straße 18
T: 080022/1708
www.kija.at

Kinderschutzzentrum Kärnten
9020 Klagenfurt, Kumpfgasse 20
T: 0463/567 67
www.kinderschutzzentrum-kaernten.at

Kinderschutzzentrum Delfi der
Kinderfreunde Kärnten
9500 Villach, Klagenfurter Straße 39
T: 04242/280 68
www.ktn.kinderfreunde.at

■ NIEDERÖSTERREICH

Kinder- und Jugendanwaltschaft
3100 St. Pölten, Rennbahnstraße 29
Tor zum Landhaus, Im Würfel
T: 02742/908 11
www.kija-noe.at

die möwe
Kinderschutzzentrum Mödling
2340 Mödling, Neusiedler Straße 1
T: 02236/86 61 00
www.die-moewe.at

die möwe
Kinderschutzzentrum St. Pölten
3100 St. Pölten, Wiener Straße 34
T: 02742/31 11 11
www.die-moewe.at

Kinderschutzzentrum Mostviertel
3300 Amstetten, Rathausstraße 23
T: 07472/654 37
www.kidsnest.at

die möwe
Kinderschutzzentrum Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Bahnstraße 12
T: 02635/666 64
www.die-moewe.at

Kinderschutzzentrum
Waldviertel-Gmünd
3950 Gmünd, Schremser Straße 4
T: 02852/204 35
www.kidsnest.at

die möwe
Kinderschutzzentrum Mistelbach
2130 Mistelbach, Kreuzgasse 11
T: 02572/204 50
www.die-moewe.at

Kinderschutzzentrum Waldviertel
Außenstelle Zwettl
3910 Zwettl, Gartenstraße 3, Stadtamt
1. Stock, Zimmer 26
T: 0664/830 44 95
www.kidsnest.at

Krisenzentrum Wiener Neustadt
2700 Wiener Neustadt
Neunkirchner Straße 65
T: 02622/244 95 bzw.
0664/386 46 31, 0 - 24 Uhr
www.kidsnest.at

■ OBERÖSTERREICH

Kinder- und Jugendanwaltschaft
4021 Linz, Promenade 37
T: 0732/77 97 77
www.kija-ooe.at

Kinderschutzzentrum Linz
4020 Linz, Langgasse 10
T: 070/78 16 66
www.kinderschutz-linz.at
www.prozessbegleitung.co.at

Kinderschutzzentrum Wigwam
4400 Steyr, Promenade 8
T: 07252/419 19
www.wigwam.at

Kinderschutzzentrum Innviertel
5280 Braunau, Berggasse 17
T: 07722/855 50
www.kischu.at

Kinderschutzzentrum Tandem
4600 Wels, Pfarrgasse 8
T: 07242/671 63
www.tandem.or.at

Kinderschutzzentrum Impuls
4840 Vöcklabruck, Stelzhamerstraße 17
T: 07672/277 75
www.sozialzentrum.org

Kinderschutzzentrum Bad Ischl
4820 Bad Ischl, Kreuzplatz 7
T: 06132/282 90
www.kaenguru.cc

Beratungszentrum PIA
4020 Linz, Niederreithstraße 33
T: 0732/65 00 31, mobil: 0664/134 24 67
www.pia-linz.at

■ SALZBURG

Kinder- und Jugendanwaltschaft
5020 Salzburg, Museumsplatz 4/2. OG
T: 0662/43 05 50
www.kija.at/sbg

Kinderschutzzentrum Salzburg
5020 Salzburg, Rudolf-Biebl-Straße 50
Eingang: Ignaz Harrer-Straße 49
T: 0662/449 11-0
www.kinderschutzzentrum.at

■ STEIERMARK

Kinder- und Jugendanwaltschaft
8010 Graz, Nikolaiplatz 4a/Dachgeschoss
T: 0810/50 07 77 (Hotline)
www.kinderanwalt.at

Kinderschutzzentrum Oberes Murtal
8720 Knittelfeld, Gaaler Straße 2
T: 03512/757 41
www.kinderschutzzentrum.net

Kinderschutzzentrum Graz
8010 Graz, Mandellstraße 18/2
T: 0316/83 19 41
www.kinderschutz-zentrum.at

Kinderschutzzentrum Bruck/Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Wiener Straße 60
T: 03862/224 13
www.rettet-das-kind-stmk.at

Kinderschutzzentrum Weiz
8160 Weiz, Florianigasse 3
T: 03172/425 59
www.rettet-das-kind-stmk.at

Kinderschutzzentrum Leibnitz
8430 Leibnitz, Wagnerstraße 1/1
T: 03452/857 00
www.seelischegesundheit.or.at

Kinderschutzzentrum Deutschlandsberg
8530 Deutschlandsberg, Poststraße 3
T: 03462/6747
www.rettet-das-kind-stmk.at

Kinderschutzzentrum Liezen
8940 Liezen, Salbergweg 10
T: 03612/210 02
www.kinderschutz-zentrum.com

Kinderschutzzentrum Oberes Murtal
Zweigstelle Bruck an der Mur
8600 Bruck an der Mur
Erzherzog-Johann-Gasse 1
T: 03512/757 41
www.kinderschutzzentrum.net

Kinderschutzzentrum Oberes Murtal
Zweigstelle Murau
8850 Murau, Bundesstraße 9
T: 03512/757 41
www.kinderschutzzentrum.net

■ TIROL

Kinder- und Jugendanwaltschaft
6020 Innsbruck, Sillgasse 8
T: 0512/508 37 92
www.kija.at

Kinderschutzzentrum Innsbruck
6020 Innsbruck, Schöpfstraße 19
T: 0512/58 37 57
www.kinderschutz-tirol.at

Kinderschutzzentrum Wörgl
6300 Wörgl, Bahnhofstraße 53
T: 05332/721 48
www.kinderschutz-tirol.at

Kinderschutzzentrum Osttirol
9900 Lienz, Amlacherstraße 2/Stg. 3/1. Stk.
T: 04852/714 40
www.kinderschutz-tirol.at

Kinderschutzzentrum Imst
6460 Imst, Dr. Pfeiffenberger-Straße 14
T: 05412/634 05
www.kinderschutz-tirol.at

■ VORARLBERG

Kinder- und Jugendanwaltschaft
6800 Feldkirch, Schießstätte 12
T: 05522/849 00
www.kija.at

IfS - Institut für Sozialdienste
6900 Bregenz, St. Anna-Straße 2
T: 05574/428 90-0
www.ifs.at

■ WIEN

Kinder- und Jugendanwaltschaft
1090 Wien, Alserbachstraße 18
T: 01/707 70 00
www.kija.at

die möwe
Kinderschutzzentrum Wien
1010 Wien, Börsegasse 9
T: 01/532 15 15
www.die-moewe.at

Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien
1070 Wien, Kandlgasse 37/6
T: 01/526 18 20
www.kinderschutz-wien.at

Die Boje - Ambulatorium für Kinder und
Jugendliche in Krisensituationen
1170 Wien, Hernalser Hauptstraße 15
T: 01/406 66 02-13
www.die-boje.at

Beratungsstelle TAMAR
1200 Wien, Wexstrasse 22/3/1
T: 01/334 04 37
www.tamar.at

■ ÖSTERREICHWEIT

Weisser Ring Österreich
1030 Wien, Marokkanergasse 3
T: 07114/200-155
(aus ganz Österreich zum Ortstarif)
Opfer-Hotline: 0800/11 21 12
www.weisser-ring.at

Autor/innen

Christiane Bär, Dipl. Sozialarbeiterin, Mediatorin, diverse Fortbildungen, u. a. Lehrgang für Kinderschutzarbeit, NÖ Landesakademie, Sozialarbeiterin an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Innsbruck, Mitarbeit in der Kinderschutzgruppe seit 1998

Daniela Brandstetter, Dipl. Sozialarbeiterin, Landesfrauen- und Kinderklinik Linz, seit Mai 2003 in der Kinderschutzgruppe tätig

Dr. Elisabeth Friedrich, Dr. med. Fachärztin für Gerichtliche Medizin und allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige am Department für Gerichtliche Medizin Wien (dzt. karenziert)

DKKS Angelika Koncz, Stationsschwester der Kinderintensivstation im Gottfried von Preyer'schen Kinderspital - Wien; Mitglied der KSG Preyer seit deren Gründung, Vortragende zum Thema „KSG aus der Sicht der Pflege“

Dr. Karin König, Klinische und Gesundheitspsychologin, Landesfrauen- und Kinderklinik, GESPAG, Linz

OA Dr. Michael J. Merl, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Oberarzt an der Abt. für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, GESPAG, Linz

OA Dr. Wolfgang Novak, Facharzt für Kinder- u. Jugendheilkunde, seit 1992 im Donauspital / SMZ-Ost in Wien tätig, erst hauptsächlich in der Kinderintensivmedizin, ab 1998 Gründung und Leitung der KSG neben klinischer Tätigkeit, seit 2006 ausschließlich Leitung der KSG in Teilzeitbeschäftigung. Seit 1998 auch niedergelassener Pädiater in Wien

Mag. Agnes Salomon, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin; Gottfried von Preyer'sches Kinderspital, Wien und in freier Praxis

Priv. Doz. OA Dr. Leonhard Thun-Hohenstein, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde; ZFA Kinder- und Jugendneuropsychiatrie; Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Univ. Klinik für Psychiatrie I, Salzburg; Gründer der Kinderschutzgruppe Salzburg



www.kinderrechte.gv.at

Kinder haben Rechte. Sie haben Recht auf Schutz und Unterstützung, damit sie sich frei und bestmöglich gefördert entwickeln können. Ohne Gewalt aufwachsen zu können, vor Gewalt geschützt zu werden und als Opfer von Gewalt Hilfe zu bekommen, das ist ein zentrales Kinderrecht.

Die UN-Konvention über die Rechte des Kindes, die Österreich 1992 ratifiziert hat, verpflichtet uns alle, Kinder und Jugendliche vor psychischer, physischer und sexueller Gewalt, vor Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zu schützen. Die Kinderrechtskonvention (Artikel 19) sieht auch vor, dass geeignete Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung gesetzt werden müssen.

Dieser Leitfaden hilft in Gesundheitsberufen tätigen Menschen dabei, genau hinzusehen, Gewalt zur Sprache zu bringen, Hilfe einleiten und methodisch richtig zum Schutz der Opfer handeln zu können.

Impressum: Für den Inhalt verantwortlich:
Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Abteilung II/2, Radetzkystraße 2, A-1030 Wien.

Wien, Februar 2008