
(Zum Umgang mit)

**Kindesmisshandlung, -missbrauch,
-vernachlässigung unter Einbindung
der Jugendhilfe und Pädagogik**

(Kinderschutzleitlinie)

Hans Leitner (Bearbeitung)
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg
Stand: 28.08.2019



Inhalt

1. Einführung	1
2. Nutzungshinweise	3
3. Partizipation von Kindern und Jugendlichen.....	4
4. Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz.....	6
4.1 Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene.....	6
4.2 Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG).....	6
4.3 Vorgehen im Krankenhaus	6
5. Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen	7
5.1 Merkmale von Kindern und Jugendlichen	7
5.1.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen	7
5.1.2 Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen	7
5.1.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten	7
5.1.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung.....	8
5.1.5 Zahnärztliche Untersuchung	9
5.1.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom.....	10
5.2 Merkmale von Eltern.....	11
5.2.1 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen	11
5.2.2 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern	12
5.2.3 Kinder und Jugendliche suchtbelasteter Eltern	13
5.2.4 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme.....	14
6. Diagnostische Methoden	15
6.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen	15
6.1.1 Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen.....	15
6.2 Spezielle Diagnostik.....	15
6.2.1 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung	16
6.2.2 Hämatome und thermische Verletzungen	16
6.2.3 Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen	18
6.2.4 Untersuchung der Augen	19
6.2.5 Differentialdiagnosen.....	24
6.2.6 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	27
7. Geschwisterkinder	32
8. Interventionen für Eltern	33
9. Schlagwortverzeichnis	34

Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik

(Kinderschutzleitlinie - Handlungsempfehlungen)¹

1. Einführung

Die Leitlinie zum Umgang mit (einem Verdacht auf) Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch und Kindesvernachlässigung ist das Ergebnis eines mehrjährigen **interdisziplinären Prozesses**, an dem Fachkräfte aus den Bereichen der Jugendhilfe, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit beteiligt waren.

Die Entscheidung zur Entwicklung einer wissenschaftlichen und übergeordneten Leitlinie wurde bereits 2011 im Rahmen des Runden Tisches sexueller Missbrauch getroffen. Die Koordination des Erarbeitungsprozesses erfolgte durch den medizinischen Bereich.

Gemeinsam wurde beschlossen, dass das **Erkennen, Bewerten und Handeln** bzw. der der Schutz von Minderjährigen bei (Verdacht auf) Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung als Grundlage der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit dienen soll. Dies führte zur Entwicklung **diagnostischer Vorgehensweisen** mit dem Ziel, Fachkräften insbesondere **Sicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen** zu geben und damit Kinder und Jugendliche rechtzeitig und angemessen zu schützen.

Weitere Ziele der Leitlinie sind es, **Anhaltspunkte** auf eine Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Gewalt zu **objektivieren, tragfähige Prognosen** in Hinblick auf eine Gefährdung von Kindern und Jugendlichen zu erstellen und diese Einschätzung ggf. im Rahmen notwendiger **Kooperation** sicher zu vermitteln. Dies richtet sich sowohl an die Kinder, Jugendlichen und Personensorgeberechtigten selbst als auch an die beteiligten Fachkräfte im **Verfahren zur Sicherung des Kindeswohls**. Erstrebenswert ist die Fortsetzung dieses Dialogs aller Partner*innen im Kinderschutz insbesondere unter dem Aspekt der **Beteiligung der Kinder und Jugendlichen** selbst.

¹ Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischer Fachgesellschaften e. V. AWMF-Register-Nr. 027 – 069 vom 7. Februar 2019)

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-069l_S3_Kindesmisshandlung-missbrauch-vernachlaessigung-Kinderschutzleitlinie_2019-02_1.pdf

Die **grundgesetzlich bestimmte Gewährleistung des Kindeswohls** bzw. dessen Schutz im Sinne des Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 (Über die Betätigung der Eltern wacht die staatliche Gemeinschaft.) beginnt mit Bekanntwerden der Schwangerschaft und enden mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Daraus ergeben sich eine Vielzahl von **Schnittstellen der versorgenden Bereiche** für Kinder und Jugendliche und deren Familien. In der nun vorliegenden Kinderschutzleitlinie werden die „**Haupt-Versorgungsbereiche**“ anhand von Jugendhilfe, Medizin, Psychologie und Pädagogik beschrieben. Es sind sowohl Handlungsempfehlungen für den medizinischen Kinderschutz formuliert als auch die Schnittstellen unter Berücksichtigung der Aufgaben anderer Versorgungsbereich und deren Zusammenarbeit beschrieben. Die Kinderschutzleitlinie ist inhaltlich in 22 **Themenbereiche** aufgeteilt und umfasst in Bezug auf die insgesamt 134 **Handlungsempfehlungen** (109 als evidenzbasiert, 23 als klinischer Konsensus, 2 als Statement) die sechs **Themenkreise**:

- **Partizipation** von Kindern und Jugendlichen,
- **Kooperation** und **Vorgehen** im (medizinischen) Kinderschutz,
- Merkmale zur **Erkennung** von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen,
- Diagnostische Methoden (**Diagnostik**),
- **Geschwisterkinder**,
- **Interventionen** für Eltern, Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen geben zusammenfassend einen differenzierten Überblick über das Vorgehen von Ärzten*innen bei einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung oder in Fällen, in denen eine solche mit Sicherheit gegeben ist und dies im Sinne der gesetzlich bestimmten Verfahrensstandards gemäß § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz – KKG.

Dies bietet für die Fachkräfte der Jugendhilfe eine umfassende Beschreibung der Möglichkeiten und ggf. Grenzen in Bezug auf die notwendige (medizinisch intendierte) Beteiligung von Fachkräften des Gesundheitswesens insbesondere in Bezug auf die Abklärung von gewichtigen Anhaltspunkten im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungseinschätzung (§ 8a Abs. 1 SGB VIII).

2. Nutzungshinweise

Die Kinderschutzleitlinie beinhaltet Handlungsempfehlungen die von der Verbindlichkeit (*) herabgestuft angewendet werden sollen (A), sollten (B) oder können (O).

Die einzelnen Handlungsempfehlungen sind vom Charakter her evidenzbasiert (blau), als klinischer Konsensus (grün) oder als Statement (schwarz) formuliert.

Querverweise zwischen den einzelnen Handlungsempfehlungen sind hervorgehoben (schwarz).

3. Partizipation von Kindern und Jugendlichen

- Nr. 1 Kinder und Jugendliche **SOLLEN*** beteiligt werden.
- Nr. 2 Fachkräfte **SOLLEN*** Kindern und Jugendlichen aktiv zuhören, bevor sie eine Entscheidung für das Kind bzw. den Jugendlichen treffen.
- Nr. 3 Kinder und Jugendliche **SOLLEN*** die Möglichkeit bekommen, ihre Gefühle, Meinungen oder Wünsche in Bezug auf eine Behandlung, Unterbringung, polizeiliche Anzeige und darauf, welche nächsten Schritte während des Kinderschutzverfahrens auftreten, zu äußern.
- Nr. 4 Falls den Wünschen oder Forderungen der Kinder und Jugendlichen im Kinderschutzverfahren nicht nachgekommen werden kann, **SOLLEN*** ihnen die Gründe dafür verständlich erläutert werden.
- Nr. 5 Fachkräfte **SOLLEN*** mit Kindern und Jugendlichen auch einzeln, ohne die Personensorgeberechtigten / Bezugspersonen, sprechen.
- Nr. 6 Fachkräfte **SOLLEN*** Kindern und Jugendlichen die Inhalte des Kinderschutzverfahrens angemessen erklären, unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und der Situation, in der sich Kinder und Jugendliche befinden.
- Nr. 7 Kindern und Jugendlichen **SOLL*** die (zeitweilige) Teilnahme an der Fallkonferenz ermöglicht werden; falls sie nicht teilnehmen möchten, **SOLL*** Ihnen angeboten werden, sich durch eine andere Person (z. B. Bezugspersonen, Fachkräfte) vertreten zu lassen.
- Nr. 8 In der Fallkonferenz **SOLLEN*** Kinder und Jugendliche unterstützt werden, das Kinderschutzverfahren und dessen Ziele zu verstehen.
- Nr. 9 Eine gute Beziehung zu den Fachkräften ist wichtig für die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen am Kinderschutzverfahren. Die Beziehung der Kinder und Jugendlichen zu den Fachkräften **SOLLTE*** daher kontinuierlich, organisiert und mit der erforderlichen Zeit aufgebaut werden.

- Nr. 10 Der Wunsch von Kindern und Jugendlichen, nicht in das Elternhaus zurückkehren zu wollen, **SOLL*** im Kinderschutzverfahren respektiert und umgesetzt werden.
Fachkräfte, die von diesem Wunsch erfahren, **SOLLEN*** die Kinder und Jugendlichen in der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt unterstützen.
- Nr. 11 Jugendliche, die eine Kindeswohlgefährdung erfahren haben, **SOLLEN*** die Möglichkeit bekommen, an einer Intervention (Nähe und Distanz zu potentiellen Tätern*innen einschätzen lernen) teilzunehmen, um sich vor Reviktimisierung von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung zu schützen.

4. Kooperation und Vorgehen im (medizinischen) Kinderschutz

4.1 Kooperation und Netzwerkarbeit auf Systemebene

Nr. 12 Fachkräfte aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLTEN*** im Kinderschutz mit dem Ziel kooperieren, Kindesmisshandlung, -missbrauch und/ oder -vernachlässigung als solche zu erkennen, festzustellen und zu beenden (vgl. § 3 KKG).

Nr. 13 Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Kooperationspartnern aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLTE*** stattfinden. Damit eine kontinuierliche Zusammenarbeit möglich ist, **SOLLTE*** dieser abgesprochen, einvernehmlich geregelt und regelmäßig überprüft werden.

Training und Seminare **SOLLTEN*** als wirksame Methoden durchgeführt werden, um die unterschiedlichen Professionen im Kinderschutz zu motivieren und sie dabei zu qualifizieren, zielführend zu kommunizieren und erfolgreich zu kooperieren.

Nr. 14 Die Kooperationspartner aus Gesundheitswesen, Jugendhilfe, Justiz und Pädagogik **SOLLEN*** Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Expertise der beteiligten Professionen respektieren.

4.2 Informationsaustausch und Mitteilung an das Jugendamt (§ 4 KKG)

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

4.3 Vorgehen im Krankenhaus

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

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

5. Merkmale zur Erkennung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen

5.1 Merkmale von Kindern und Jugendlichen

5.1.1 Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen

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

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

5.1.2 Screeningverfahren bei Kindern und Jugendlichen

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

5.1.3 Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten

Nr. 21 Ein generelles Screening von Kindern und Jugendlichen in Notaufnahmen auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLL*** nicht durchgeführt werden.

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

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

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

5.1.4 Emotionale Vernachlässigung und Misshandlung

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

Nr. 25 Bei Verdacht auf emotionale Vernachlässigung/ Misshandlung der Kinder und Jugendlichen **SOLLTEN*** Schutz- und Risikofaktoren kritisch eingeschätzt werden. Die Ausprägung und der Schweregrad der Symptome bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche emotionale Vernachlässigung/Misshandlung hinweisen, stehen in Abhängigkeit von Schutz- und Risikofaktoren.

Nr. 26 Zur Erkennung einer emotionalen Vernachlässigung/Misshandlung **SOLLTE*** auch die Eltern-Kind-Interaktion beobachtet und eingeschätzt werden, um Rückschlüsse auf das Beziehungs- und Bindungsverhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen zu ziehen. Jede Interaktion zwischen Kindern/Jugendlichen und Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen **SOLLTE*** als Gelegenheit gesehen werden, die Eltern-Kind-Interaktion einzuschätzen. Der Begriff „Eltern“ meint hier auch Personensorgeberechtigte und Bezugsperson.

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

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

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

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

5.1.5 Zahnärztliche Untersuchung

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

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

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

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

- Nr. 32 Bei Verdacht auf Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung **SOLLTEN*** Zahnärzte*innen die strukturierte medizinische Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) einleiten.
- Nr. 33 Zahnärzte*innen **SOLLEN*** bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.
- Nr. 34 Jede orale Verletzung **SOLLTE*** genau dokumentiert werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden.
Ärzte*innen oder/und Zahnärzte*innen **SOLLTEN*** bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die strukturierte medizinische Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) einleiten und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgehen.

5.1.6 Neonatales Drogenentzugssyndrom

- Nr. 35 Gesundheitseinrichtungen mit geburtshilflicher und/oder neonatologischer Versorgung **SOLLTEN*** ein strukturiertes Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms vorhalten und anwenden. Das neonatale Drogenentzugssyndrom **SOLLTE*** mithilfe geeigneter Messinstrumente beurteilt werden.
- Nr. 36 Neugeborene, die in der Schwangerschaft dauerhaft Opioiden ausgesetzt waren, **SOLLEN*** stationär aufgenommen und auf ein neonatales Drogenentzugssyndrom geprüft werden, unabhängig davon, welches Opioid in welcher Dosierung von der Mutter eingenommen wurde.
- Nr. 37 Neugeborene, die in der Schwangerschaft Opioiden und/oder Amphetaminen ausgesetzt waren, **SOLLTEN*** mindestens vier bis sieben Tage nach der Geburt stationär mithilfe geeigneter Messinstrumente überwacht werden.
- Nr. 38 Ein einzelner Spitzenwert bei der Messung mit einem Screeninginstrument **SOLL*** nicht als alleiniger Parameter zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom führen.

- Nr. 39 Eine Kurzversion des modifizierten Finnegan-Score **KANN*** bei Neugeborenen ohne schweren Krankheitsverlauf genutzt werden, um das neonatale Drogenentzugssyndrom zu diagnostizieren.
- Nr. 40 Neben validierten Messinstrumenten **KANN*** die Messung der Beinbewegung des Neugeborenen unterstützend zur Diagnose neonatales Drogenentzugssyndrom beitragen. Die Messung **KANN*** über einen gewöhnlichen Aktivitätssensor erfolgen, der am Bein des Neugeborenen befestigt wird.
- Nr. 41 Das strukturierte Vorgehen zur Erkennung, Überwachung und Behandlung eines neonatalen Drogenentzugssyndroms **SOLLTE*** unter anderem ein strukturiertes Besuchs- und Interaktionsprotokoll und ein multiprofessionelles Vorgehen, einschließlich einer Fallkonferenz mit den Eltern und den unterstützenden Helfersystemen, enthalten.

5.2 Merkmale von Eltern

5.2.1 Früherkennung von Unterstützungs- und Hilfebedarfen

- Nr. 42 Alle Frauen **SOLLEN*** während der Schwangerschaft oder kurz nach Geburt des Kindes durch Gesundheitsdienstleistende oder durch einen Einschätzungsfragebogen systematisch angesprochen werden, um einen möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarf der Frau/Familie frühzeitig zu erkennen.
- Nr. 43 Das Gespräch bzw. der Einschätzungsfragebogen zur Erkennung eines möglichen Unterstützungs- und Hilfebedarfs der Schwangeren und Wöchnerinnen (siehe **Nr. 42**) **SOLL*** mindestens die folgenden Belastungsfaktoren beinhalten: mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren.
- Nr. 44 Bei Hinweise auf Belastungen **SOLL*** in einem persönlichen Gespräch der konkrete Unterstützungs- und Hilfebedarf abgeklärt werden. Die Einschätzung zur Feststellung des Bedarfes erfordert Erfahrung und fachkundiges, einfühlsames Beurteilen der Umstände.

- Nr. 45 Bei erkanntem Unterstützungs- und Hilfebedarf **SOLL*** der Frau/Familie entsprechende Unterstützung angeboten werden, die sowohl individuelle Problematiken/Bedürfnisse als auch Stärken der Frau/Familie berücksichtigt. Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen sind Angebote aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen.
- Nr. 46 Frauen mit Hinweisen auf eine postpartale Depression **SOLL*** eine leitliniengerechte Intervention angeboten werden.
- Nr. 47 Frauen **SOLLTEN*** durch Fachkräfte ab dem Bekanntwerden der Schwangerschaft zumindest bis 24 Monate nach der Geburt des Kindes nach ihrem Beziehungsumfeld gefragt werden. Bei Hinweisen auf häusliche Gewalt oder Gewalt durch den Partner oder andere Personen im sozialen Umfeld der Frau **SOLLTE*** ihnen der Zugang zu entsprechenden Hilfen ermöglicht werden.

5.2.2 Informationsaustausch psychisch belastete Eltern

- Nr. 48 Gesundheitsdienstleistende **SOLLTEN*** mit der psychisch kranken oder psychisch belasteten Schwangeren und nach Einwilligung der Frau miteinander kommunizieren und zusammenarbeiten. Die Gesundheitsdienstleistenden **SOLLTEN*** miteinander kommunizieren und Zugang zu Hilfen aufzeigen, um Gesundheit und Wohlergehen für Frau und Kind zu fördern.
- Nr. 49 Alle Schwangeren und Mütter von Kindern < 24 Monate **SOLLTEN*** bei jedem Arztbesuch nach ihrem psychischen Wohlbefinden und ihrer psychischen Gesundheit gefragt werden.
Anschließend **SOLLTE*** bei belasteten Schwangeren und Müttern von Kindern < 24 Monate entsprechend Handlungsempfehlung **Nr. 48** verfahren werden.
- Nr. 50 Alle Psychiater*innen und Psychotherapeuten*innen **SOLLTEN***:
- ihre weiblichen Patienten nach einer bestehenden Schwangerschaft
 - alle Patienten nach ihrer Verantwortung für ein Kind fragen.
- Besteht bei zutreffenden Patienten*innen eine Belastung, **SOLLTE*** entsprechend der Handlungsempfehlung **Nr. 48** verfahren werden.

Nr. 51 Frauenärzte*innen und Hebammen **SOLLTEN*** Schwangere und Wöchnerinnen nach

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

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

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

5.2.3 Kinder und Jugendliche suchbelasteter Eltern

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

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

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

Nr. 55 Bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Personensorgeberechtigten **SOLLTEN*** geplante und eingeleitete Maßnahmen mit den Familien und allen Fallbeteiligten besprochen werden, um durch adäquate Hilfemaßnahmen für Kinder und Jugendliche, den*die Suchtkranke*n und die Familie eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung zu vermeiden oder zu beenden. Dies betrifft Absprachen zu (Verlaufs-)Ergebnissen von:

- Einschätzungen des Hilfebedarfs von Kindern und Jugendlichen, Suchtkranken und der gesamten Familie

- Bewertung des Wohles von Kindern und Jugendlichen bzw. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung
- Therapien der Kinder und Jugendlichen und/oder Personensorgeberechtigten (inklusive Barrieren und Motivatoren)
- Gerichtsverfahren (z. B. Sorge- und Aufenthaltsbestimmungsrecht)
- entsprechend eingeleitete Maßnahmen.

5.2.4 Screening von Erwachsenen in der Notaufnahme

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

6. Diagnostische Methoden

6.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen

6.1.1 Strukturierte Befragung von Kindern und Jugendlichen

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

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

Nr. 58 Das forensische Interview **SOLLTE*** strukturiert mithilfe von evaluierten Protokollen durchgeführt werden. Ein Beispiel eines solchen evaluierten Protokolls ist das revidierte NICHD-Protokoll, das auch in deutscher Sprache vorliegt.

Nr. 59 Das forensische Interview **SOLLTE*** anhand von Aufzeichnungen der Interviewenden und durch eine Audio- und Videoaufnahme nachhaltig dokumentiert werden. Dies setzt das informierte Einverständnis der Kinder und Jugendlichen voraus.

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

Nr. 61 Interviewende **SOLLEN*** das Erinnerungsvermögen des Kindes oder des*r Jugendlichen durch offene Fragen fördern. Interviewende **SOLLEN*** vermeiden, das Kind oder den*die Jugendliche*n zu beeinflussen oder suggestiv zu befragen.

6.2 Spezielle Diagnostik

6.2.1 Diagnostik bei Verdacht auf körperliche Misshandlung

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

6.2.2 Hämatome und thermische Verletzungen

Nr. 63 Bei Kindern und Jugendlichen mit Hämatomen **SOLLEN*** zunächst deren Anzahl, Lokalisation und Erscheinungsform in Bezug zu Alter, Entwicklungsstand und Mobilität eingeschätzt werden. Kinder und Jugendliche mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLLEN*** einer weitergehenden Diagnostik unterzogen werden. Zu misshandlungsverdächtigen Hämatomen gehören geformte Hämatome, Hämatome, die in Clustern auftreten, und Hämatome, die in Kombination mit Frakturen, Verbrennungen, intrakraniellen Blutungen oder unklaren Verletzungen auftreten. Weiterhin gehören dazu:

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

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

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

- Anzahl, Größe und Verteilungsmuster der Hämatome (Übersicht, Ausschnitt und Detailfotografie unter Zuhilfenahme eines fotomakrografischen Winkellineals)
- Mobilität des Kindes (prä-, frühmobil oder mobil)
- Angaben zu besonderen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen.

- Nr. 65 Bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen und misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLLTE*** zusätzlich zu Handlungsempfehlung **Nr. 64** Folgendes dokumentiert werden:
1. Mobilitätsstatus (z. B. rollstuhlpflichtig oder bettlägerig)
 2. Muskeltonus
 3. Hilfsmittelversorgung
 4. Kognitive Fähigkeiten.
- Nr. 66 Bei Kindern < 6 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen **SOLL*** eine Blutgerinnungsstörung ausgeschlossen und nach okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlungen **Nr. 83** & **Nr. 85**) und einer Magnetresonanztomographie (cMRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtigen Sequenz (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 73**) gesucht werden.
- Nr. 67 Bei Kindern > 6 bis 36 Monate mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen und begründetem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung **SOLLEN*** sowohl Blutgerinnungsstörungen ausgeschlossen als auch nach weiteren okkulten Verletzungen anhand eines Röntgen-Skelettscreenings (siehe Handlungsempfehlung **Nr. 83** & **Nr. 85**) gesucht werden.
- Nr. 68 Bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligen Hämatomen **SOLL*** eine standardisierte Blutgerinnungsanamnese erhoben werden; bei Hinweisen auf eine Blutgerinnungsstörung **SOLL*** eine hämostaseologische Referenz hinzugezogen und die weitere Gerinnungsdiagnostik abgestimmt werden.
- Nr. 69 Bei Kindern und Jugendlichen **SOLL*** der geschilderte Unfallhergang bei jeder thermischen Verletzung dokumentiert werden. Passt der geschilderte Unfallhergang nicht zum Verletzungsmuster, **SOLL*** von einer unklaren thermischen Verletzung (Verdacht auf eine Kindesmisshandlung) ausgegangen werden. In diesem Fall **SOLL*** neben der medizinischen Diagnostik (z. B. laut OPS 1-945) die Mitteilung an das Jugendamt erfolgen und ggf. die Polizei hinzugezogen werden, um notwendige Ermittlungen zum tatsächlichen Unfallhergang zu ermöglichen.

- Nr. 70 Bei Kindern und Jugendlichen mit unklaren thermischen Verletzungen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 69) **SOLLEN*** folgende Fragestellungen beantwortet werden:
- Liegen weitere Verletzungen (z. B. Frakturen) vor?
 - Sind vorherige Verletzungen oder Misshandlungen bekannt?
 - Liegt häusliche Gewalt vor?
 - Werden Geschwister für die Verletzung verantwortlich gemacht?
- Positiv beantwortete Fragen verdichten den Verdacht auf eine körperliche Misshandlung.
- Nr. 71 Bei Kindern und Jugendlichen **SOLLTE*** die Frage nach Vernachlässigung bei jeder thermischen Verletzung als Ursache der Verbrühung/Verbrennung multiprofessionell (z. B. nach OPS 1-945) eingeschätzt und geklärt werden. Bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung **SOLL** nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vorgegangen werden.

6.2.3 Bildgebende Diagnostik und nicht akzidentelle Verletzungen

- Nr. 72 Bei fehlendem Nachweis von Rippenfrakturen im standardisierten Röntgen-Skelettscreening und bei fortbestehendem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung **KANN** die Durchführung einer Skelett-Szintigraphie helfen, Rippenfrakturen zu detektieren.
- Nr. 73 Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind klinisch nicht vital bedroht, **SOLL*** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ erfolgen. Zeigen sich bei der Untersuchung weitere Zeichen für eine Misshandlung, **SOLL*** außerdem eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.
- Nr. 74 Besteht der Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung und ist das Kind vital bedroht, **SOLL*** eine cranielle Computertomographie (cCT) erfolgen.
- Nr. 75 Ergibt die cranielle Computertomographie (cCT) eines Kindes Hinweise auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung, **SOLLEN*** eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels inklusive einer diffusionswichtenden Sequenz¹ und eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt werden.

- Nr. 76 Eine Ultraschalluntersuchung des Kopfes **SOLL*** nicht als alleinige diagnostische Untersuchung bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung herangezogen werden.
- Nr. 77 Bei einem Kind < 24 Monate mit intrakranieller Verletzung und einer Schädelfraktur und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **SOLL*** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.
- Nr. 78 Eine Ultraschalluntersuchung des Schädels **KANN*** als Diagnostik bei Verdacht auf eine Schädelfraktur durchgeführt werden.
- Nr. 79 Bei Kindern mit subduraler Blutung, insbesondere mit dem Nachweis mehrerer subduraler Blutungen und/oder mit Zeichen einer zerebralen Diffusionsstörung und/oder einem Hirnödem in der Bildgebung des zentralen Nervensystems und bei fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese, **SOLL*** dem Verdacht einer körperlichen Misshandlung durch weitergehende strukturierte Diagnostik nachgegangen werden.
- Bei Kindern im Alter < 12 Monate mit nicht akzidentellem Schädelhirntrauma sind diese Verletzungen schwerwiegend und stehen in Verbindung mit einer hohen Sterblichkeitsrate.

6.2.4 Untersuchung der Augen

- Nr. 80 Bei Kindern <24 Monate mit Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **SOLL*** eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung (erweiterte Pupillen und indirekte Funduskopie) durchgeführt werden.
- Nr. 81 Bei Kindern und Jugendlichen mit der Kombination von zwei oder mehr der folgenden Merkmale:
- kein akzidentelles Trauma und zweifelhafte Anamnese
 - subdurale Blutung
 - zerebrale Diffusionsstörung
 - Schädelfraktur mit oder ohne intrakranielle Verletzung
 - Rippenfraktur/en
 - (metaphysäre) Fraktur/en der langen Röhrenknochen
 - cerebraler Krampfanfall
 - Apnoe

SOLL* dem Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder keine zweifelhafte Anamnese oder keine andere Erkrankung vor, **SOLL*** neben der Untersuchung der Augen auch die entsprechende radiologische Untersuchung durchgeführt werden.

Nr. 82 Das Röntgen-Skelettscreening bei begründetem Verdacht auf körperliche Misshandlung eines Kindes **SOLL*** umfassend und standardisiert erfolgen. Folgende Einzelaufnahmen **SOLLEN*** durchgeführt werden: 1. Schädel a-p; 2. Schädel seitlich; 3. Thorax a-p; 4. Oberarm a-p links; 5. Oberarm a-p rechts; 6. Unterarm a-p links; 7. Unterarm a-p rechts; 8. Hand p-a links; 9. Hand p-a rechts; 10. Oberschenkel a-p links; 11. Oberschenkel a-p rechts; 12. Unterschenkel a-p links; 13. Unterschenkel a-p rechts; 14. Fuß d-p links; 15. Fuß d-p rechts.

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

A. Falls keine Rippenfrakturen detektiert wurden, **SOLLEN*** 16. Thorax schräg links und 17. Thorax schräg rechts erfolgen.

B. Falls eine oder mehrere Frakturen detektiert wurden, **SOLLEN*** 18. Wirbelsäule seitlich und 19. Becken und Hüften a-p erfolgen.

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

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

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

- Nr. 85 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLLTE*** bei Kindern > 25 bis 36 Monate durchgeführt werden, falls der begründete Verdacht auf eine körperliche Misshandlung besteht oder eine körperliche Misshandlung vorliegt. Hierzu zählen insbesondere Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen, Kinder mit nachgewiesener misshandlungsbedingter Fraktur und Kinder mit misshandlungsbedingtem Schädelhirntrauma.
- Nr. 86 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLLTE*** bei Geschwistern < 24 Monate eines körperlich misshandelten Kindes oder anderer im selben Haushalt lebender Kinder < 24 Monate durchgeführt werden.
- Nr. 87 Ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening zum Nachweis okkultter Frakturen **SOLL*** bei einem Mehrling eines körperlich misshandelten Kindes < 24 Monate durchgeführt werden.
- Nr. 88 Bei Kindern und Jugendlichen mit Frakturen **SOLLTEN** bei der Beurteilung eines Verdachts auf eine körperliche Misshandlung das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.
- Nr. 89 Bei Kindern mit mehreren Frakturen und fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder mit zweifelhafter Anamnese **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung nachgegangen werden. Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und das Vorgehen nach OPS 1-945.
- Nr. 90 Bei Kindern < 48 Monate mit einer Schädelfraktur ohne intrakranielle Verletzungen und bei fehlendem bezeugtem akzidentellem Trauma oder zweifelhafter Anamnese **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung durch strukturierte Abklärung, inklusive Dokumentation von Frakturanzahl und Frakturtyp, nachgegangen werden. Dazu gehören die Prüfung der Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und das Vorgehen nach OPS 1-945. Bei mehreren und/oder komplexen Schädelfrakturen ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung als Ursache erhöht.

- Nr. 91 Bei Kindern von 19 bis 48 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **SOLLTE*** einem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung als Ursache nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 92 Bei Kindern < 18 Monate mit mindestens einer Rippenfraktur **SOLL*** eine körperliche Misshandlung als Ursache ausgeschlossen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, eine Funduskopie, eine Magnetresonanztomographie des Kopfes und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 93 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Humerusfraktur **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 94 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterarmfraktur **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 95 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Femurfraktur **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 96 Bei Kindern < 18 Monate mit einer Unterschenkelfraktur **SOLLTE*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 97 Bei Kindern < 18 Monate mit einer metaphysären Fraktur der langen Röhrenknochen **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Liegt kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLLTEN*** ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening, Funduskopie, Magnetresonanztomographie des Schädels und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.

- Nr. 98 Liegt bei Kindern mit einer Wirbelsäulenverletzung kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden. Dabei **SOLL*** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen. Bei Verdacht auf körperliche Misshandlung **SOLL*** neben der Magnetresonanztomographie der Wirbelsäule auch eine Magnetresonanztomographie des Schädels durchgeführt werden.
- Nr. 99 Liegt bei Kindern mit einer Beckenfraktur kein akzidentelles Trauma oder eine zweifelhafte Anamnese vor, **SOLL*** dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung und einen sexuellen Missbrauch als Ursache nachgegangen werden. Dabei **SOLL*** die Indikation für ein standardisiertes Röntgen-Skelettscreening geprüft werden und ein Vorgehen nach OPS-1.945 erfolgen.
- Nr. 100 Bei Kindern < 48 Monate mit inneren Verletzungen wie duodenalen, Leber-, Milz, Pankreas- und/ oder intrathorakalen Verletzungen **SOLL*** bei fehlendem akzidentellem Trauma dem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung nachgegangen werden; dies gilt auch bei fehlenden Bauchwandhämatomen.
- Nr. 101 Die Untersuchung der Augen **SOLL*** beidseitig, indirekt durch die erweiterte Pupille und standardisiert durch eine*n Augenarzt*in, erfolgen. Folgende Fragen **SOLLEN*** beantwortet werden:
- Liegt eine retinale Blutung vor?
 - Ist die Blutung ein- oder beidseitig?
 - Welche Ausprägung der retinalen Blutung liegt vor? (mild (1 - 10 Blutungen), moderat (11 - 20 Blutungen) oder schwer (>20 Blutungen))
 - Sind mehrere Schichten der Netzhaut betroffen?
 - Sind mehrere Augenabschnitte betroffen?
 - Wo befinden sich die Blutungen innerhalb des Fundus? (parapapillär, posteriorer Pol, Peripherie etc.)
- Mit Zunahme der Anzahl der Befunde bzw. einer Ausdehnung nach peripher erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer misshandlungsbedingten Schädelhirnverletzung.
- Nr. 102 Bei Verdacht auf eine misshandlungsbedingte Schädelhirnverletzung **SOLLTE*** die Untersuchung der Augen zeitnah, **MÖGLICHST** innerhalb der ersten 24 Stunden nach Vorstellung des Kindes, erfolgen. KKP: Hierbei **SOLLTE*** beachtet werden, dass der

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

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

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

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

6.2.5 Differentialdiagnosen

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

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

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

1. Osteochondrodysplasien (z. B.: Osteogenesis imperfecta, Osteopetrose, Pyknodysostose)
2. Rachitis
3. Menkes disease
4. Leber- und Nierenversagen (chronisch)
5. Familiäre hypokalziurische Hyperkalziämie (FHH)

6. Pain insensitivity syndrome (zum Beispiel: hereditary sensory and autonomic neuropathies (HSANs))

7. Hyper IgE-Syndrom.

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

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung **SOLLTE*** nachfolgenden Kriterien erfolgen:

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

Sind die aufgeführten Untersuchungen unauffällig, ist das Vorliegen der sogenannten Erkrankungen nahezu ausgeschlossen. Ist eine der aufgeführten Untersuchungen auffällig oder besteht weiterhin der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, **SOLLTEN*** weitere Untersuchungen erfolgen (siehe **Nr. 107**).

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

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

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

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

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

1. Glutarazidurie Typ I
2. Methylmalonazidurie und Homocystinurie Typ cb1C
3. D-2-Hydroxyglutarazidurie
4. Progressive Familiäre Intrahepatische Cholestase Typ II
5. Menkes disease
6. Osteogenesis imperfecta
7. Infantile Osteopetrose
8. zerebrales arterielles Aneurysma
9. zerebrale arteriovenöse Malformationen
10. Gerinnungsstörungen
11. Leberversagen.

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

Die differentialdiagnostische Berücksichtigung dieser Erkrankungen **SOLLTE** nachfolgenden Kriterien erfolgen:

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

Kinder und Jugendliche > 24 Monate bedürfen der Fall-zu-Fall-Entscheidung von mindestens zwei Ärzte*innen.

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

6.2.6 Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

Nr. 112 Alle Kinder und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLEN*** geschlechts- und entwicklungspezifisch untersucht werden. Keine Untersuchung **SOLL*** gegen den Willen des*r Kindes/Jugendlichen durchgeführt werden. Die Notwendigkeit und Festlegung des Datums der u. g. Untersuchungen sind abhängig von der Zeitspanne zwischen dem angegebenen sexuellen Übergriff und dem Untersuchungszeitpunkt (siehe **Nr. 115 bis Nr. 118 ...**). Neben der Ganzkörperuntersuchung und ausführlichen Anamnese **SOLLEN*** ein/e

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

erfolgen.

Die Notwendigkeit und Reihenfolge der einzelnen Untersuchungen **SOLLEN*** im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe) für jeden Einzelfall festgelegt werden. Die Ergebnisse aller Untersuchungen **SOLLEN*** gemeinsam und im Kontext ausgewertet werden.

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

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

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

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

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

Nr. 115 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTE*** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung durch eine*n im Kinderschutz erfahrene*n Facharzt*ärztin mit besonderer Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik erfolgen. Die Untersuchung **SOLLTE*** foto-, idealerweise videodokumentiert und nach den sogenannten Adams-Kriterien bewertet werden, um sie ggf. dem Peer-Reviewing zuführen zu können. Die Zustimmung der Kinder und Jugendlichen ist Voraussetzung für die Untersuchung (siehe **Nr. 112**).

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

Befundkategorien

1. Normalbefunde
2. Normvarianten
3. Differentialdiagnosen, die fälschlicherweise für einen Missbrauch gehalten werden

Bewertung: unauffällig

Befundkategorien

1. Befunde durch Trauma und/oder Sexualkontakt
 - a. Akute Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus, welche akzidentell oder zugefügt sein können
 - b. Residuen (heilender) Verletzungen der Genitalien und/oder des Anus
2. Befunde, die auf eine akute oder heilende Verletzung der Genitalien und/oder des Anus hinweisen

Bewertung: auffällig

- Nr. 116 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLL*** die anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung unmittelbar (innerhalb der ersten 24 Stunden) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen. In diesem Zeitraum **SOLLEN*** eine strukturierte Anamnese (z. B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung und ein Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**) durchgeführt werden.
- Nr. 117 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (innerhalb der ersten 24 Stunden; siehe **Nr. 116**), **SOLLTE*** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung **MÖGLICHST** zeitnah (innerhalb der ersten 72 Stunden bis maximal sieben Tage) zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff erfolgen.
Im Rahmen dieser Vorstellung **SOLLTEN*** die strukturierte Anamnese (z. B. P-SANE), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, die Spurensicherung (Fremd-DNA), ein Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**) und das Forensische Interview (4 - 18 Jahre) durchgeführt werden.
- Nr. 118 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe **Nr. 116 & Nr. 117**) und bei denen der (letzte) körperlich-sexuelle Übergriff mehr als eine Woche zurückliegt, **SOLLTE*** eine anogenitale bzw. kindergynäkologische Untersuchung angeboten werden (siehe auch **Nr. 112**).
- Nr. 119 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch, die noch nicht untersucht worden sind (siehe **Nr. 116 bis 118**), **SOLLTEN*** die strukturierte Anamnese (z. B. SA-NE-P), die Untersuchung auf sexuell übertragbare Erreger, der Schwangerschaftstest (siehe **Nr. 123**), auch nach einer Woche bis mehrere Wochen zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff, durchgeführt und ein Forensisches Interview (4 - 18 Jahre) angeboten werden.
- Nr. 120 Bei Kindern und Jugendlichen nach körperlich-sexuellem Übergriff **SOLL*** Folgendes auf folgende sexuell übertragbare Erreger untersucht werden:
- Urinuntersuchung auf / Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Urin:
 1. Chlamydia trachomatis
 2. Neisseria gonorrhoea
 3. Trichomonas vaginalis

- Anale Abstriche auf / Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR):

1. Chlamydia trachomatis
2. Neisseria gonorrhoea

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

Verlaufskontrollen **SOLLEN*** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen. Auch die Prüfung der Indikation zur Durchführung einer Postexpositionsprophylaxe (z. B. bei Verdacht auf HIV) **SOLL*** nach den geltenden infektiologischen Empfehlungen erfolgen.

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

- Nr. 121 Bei Kindern und Jugendlichen mit Condylomata acuminata **SOLLTEN*** folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

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

HPV bzw. Condylomata acuminata können sowohl durch Sexualkontakte als auch ohne Sexualkontakte übertragen werden. Die Ergebnisse der empfohlenen Maßnahmen (1 - 3) **SOLLTEN*** durch Spezialisten*innen (z. B. im Kinderschutz erfahrene Fachärzte*ärztinnen, Virologen*innen oder Infektiologen*innen) bewertet und im diagnostischen Gesamtkontext beurteilt werden.

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

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

- Nr.124 Evidenzbasierte Handlungsempfehlung Konsens (93%) Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLL*** in Abhängigkeit vom Zeitraum zum (letzten) körperlich-sexuellen Übergriff eine Spurensicherung erfolgen: bezogen auf den Körper des Kindes/Jugendlichen (siehe **Nr. 116 bis 116**): Fremd-DNA: Nucleic acid amplification testing (NAAT/PCR) im Abstrich Samen: Mikroskopie des aufbereiteten Abstrichs Sperma: z. B. Saure Phosphatase bezogen auf die Kleidung des Kindes/Jugendlichen, Bettwäsche, etc.: Fremd-DNA Potenziell benetzte Kleidungsstücke (auch mehrfach gewaschene Kleidung) **SOLLEN*** getrocknet und in Papier rechtssicher gelagert werden. Die erfolgreiche Untersuchung ist nachweislich noch Wochen bis Monate nach einem körperlich-sexuellen Übergriff möglich. Die Beweiskette **SOLL*** erhalten werden. Die Laboruntersuchungen **SOLLEN*** in einem forensisch-akkreditierten Laboratorium durchgeführt werden.
- Nr. 125 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch und einer akuten Intoxikation **SOLLTE*** eine toxikologische Untersuchung des (ersten) Urins und Serums zeitgleich mit der Spurensicherung durchgeführt werden. In einem forensisch-akkreditierten Laboratorium findet die Untersuchung einer Rückstellprobe statt.
- Nr. 126 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch **SOLLTEN*** eine geschlechts- und entwicklungsspezifische Exploration des psychischen Befindens und Diagnostik zur Feststellung einer möglichen Traumatisierung und zur Einschätzung des Grades der Traumatisierung durchgeführt werden.
- Nr. 127 Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch Misshandlung und/oder Vernachlässigung **SOLLTE*** ein sexualisiertes Verhalten entsprechend dem Alter, dem Geschlecht und der Entwicklung fachkundig eingeschätzt werden. Evidenz für die Einschätzung von sexualisiertem Verhalten liegt bei Kindern von zwei bis sechs Jahren vor (Beispiele sind in der Referenz-Leitlinie von Kellogg et al. 2009 beschrieben).

7. Geschwisterkinder

- Nr. 128 Bei Kontaktkindern **SOLLTE** dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung nachgegangen werden, wenn bei dem Indexpatienten*innen eine Kindesmisshandlung, -missbrauch und/oder -vernachlässigung festgestellt wurde. Die Einschätzung **SOLLTE*** im multiprofessionellen Team (z. B. Kinderschutzgruppe) erfolgen.
- Nr. 129 Bei Indexpatienten*innen mit einer schweren körperlichen Misshandlung (Frakturen, Verbrennungen, Schädelhirnverletzung oder viszerale Verletzungen oder intensivmedizinische Versorgung oder Tod) **SOLLTEN*** Kontaktkinder unter anderem körperlich untersucht werden und es **SOLLTE*** eine radiologische Diagnostik nach klinischen Anhaltspunkten durchgeführt werden. Falls diese Kontaktkinder < 24 Monate sind, **SOLLTE*** ein Röntgen-Skelettscreening durchgeführt werden (siehe **Nr. 83 & Nr. 85**).
- Nr. 130 Zur Einschätzung einer möglichen körperlichen Misshandlung von Kindern < 12 Monate **SOLLTE*** unter anderem die ausführliche Anamnese der Geschwister herangezogen werden.

8. Interventionen für Eltern

- Nr. 131 Misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte und Bezugspersonen **SOLLEN*** Maßnahmen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung angeboten werden. Belastbare Evidenz liegt für Einzelmaßnahmen wie die Parent-Child Interaction Therapy vor.
- Nr. 132 Maßnahmen für Personensorgeberechtigte/ Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **SOLLEN*** durch einen theoretischen Ansatz geprägt sein, der sich mit den Fragestellungen zu misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Verhaltens der Personensorgeberechtigten/ Bezugspersonen auseinandersetzt (z. B. Motivation der Personensorgeberechtigten/Bezugspersonen stärken, gefolgt von Eltern-Kind-Interaktion).
- Nr. 133 Die Therapie, Behandlung oder Einbindung der misshandelnden, missbrauchenden und/oder vernachlässigenden Personensorgeberechtigten/ Bezugsperson **SOLLEN*** gezielt der Art der stattgehabten Kindesmisshandlung, missbrauch und/der -vernachlässigung angepasst sein. Theoretische Ansätze für Maßnahmen **SOLLEN** Bezug nehmen auf das Fehlverhalten dieser Person, wie zum Beispiel destruktives Erziehungsverhalten, Fehlerzuschreibung, dysfunktionale Bindung und Interaktion zwischen dieser Person und dem Kind, sowie ein Training der Erziehungskompetenz dieser Person beinhalten.
- Nr. 134 Bei Maßnahmen für misshandelnde, missbrauchende und/oder vernachlässigende Personensorgeberechtigte/Bezugspersonen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Reviktimisierung **SOLLTEN*** Kinder und Jugendliche in dem Maße einbezogen werden, soweit sie dem zustimmen.

9. Schlagwortverzeichnis

Alter des Kindes 0 bis 6 Monate	66
Alter des Kindes 0 bis 12 Monate	79, 81, 130
Alter des Kindes 0 bis 18 Monate	92 - 97
Alter des Kindes 0 bis 24 Monate	49, 77, 80, 83, 86, 87, 106, 110, 129
Alter des Kindes 0 bis 48 Monate	90, 100
Alter des Kindes 19 bis 36 Monate	91
Alter des Kindes 24 Monate und älter	106, 110
Alter des Kindes 25 bis 36 Monate	85
Alter des Kindes 6 bis 36 Monate	67
Anamnese	18, 24, 34, 62, 63, 68, 77, 79, 81, 89 - 99, 106, 110, 112, 116, 117, 119, 121, 130
Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung (Auffälligkeiten, Verdacht)	15, 16, 21 ff., 22 - 25, 27, 30 - 34, 53, 54, 57a, 57b, 62 ff., 62, 63, 67, 69 - 74, 76, 77, 79 - 85, 88 - 91, 93 - 100, 102, 103, 105 - 111, 112 ff., 112 - 127, 128, 129
Anzeige	3
Armut	54
Ausbeutung von Kindern	122
Beteiligung von Eltern / Personensorgeberechtigten (u. a. Elterngespräch)	15, 33, 34, 41, 43, 44, 54, 71
Beteiligung von Kindern und Jugendlichen	9, 11, 15, 33, 34, 54, 71
Beweis /Spuren / Spurensicherung	112, 116, 117, 124, 125
Bildgebung (Foto, Video)	59, 64, 72 ff. , 79, 112, 115
Bindung, Interaktion	26, 41, 132, 133
Datenschutz	18, 23, 48

Kinderschutzleitlinie AWMF S3(+) Leitlinie

Delinquenz	54
Dermatologie	111
Diagnostik	27, 30, 32, 34, 57, 62 ff. , 63 – 79 , 104, 105, 107, 112 ff. , 115, 126, 129
Differenzialdiagnostik	30, 104 ff. , 105, 106, 107, 110, 115
Entwicklungsstand Kind	6, 63, 88
Facharzt / Fachärztin	108, 109, 110, 111, 115
Fallkonferenz	7, 8, 17, 41
Frauenarzt*ärztin	51
Geburt	35, 37, 42, 47
Gedeihstörung	29
Gefährdungseinschätzung / Beurteilen / Bewerten	12, 15, 33, 34, 54, 55, 71, 126, 127, 128, 130
geschlechtsspezifisch / Junge	112, 126, 114
geschlechtsspezifisch / Mädchen	112, 114, 123, 126
Geschwister (siehe auch Kontaktkinder)	87
Gesundheitswesen	12, 13, 14, 45
häusliche Gewalt	47, 54, 56, 70
Hebamme	51
Hilfe anbieten	12, 15, 33, 34, 54, 71, 131, 133, 134
Intervention	11, 46, 131 ff.
Interview (forensisch)	56, 58. 59, 60, 61, 112, 117, 119
Jugendamt (KKG)	12, 15, 33, 34, 54, 69, 71

Kinderschutzleitlinie AWMF S3(+) Leitlinie

Jugendhilfe	12, 13, 14, 45
Justiz	12, 13, 14
Kinderhandel	122
Kinderschutzgruppe (in der Klinik)	16, 63, 112, 128
kognitiv	28, 65
Konzil	106, 108
Kontaktkinder (siehe auch Geschwister)	70, 86, 128 ff. , 128, 129, 130
Kontrolle (Verlaufs-)	27, 55, 120
Kooperation, Netzwerkarbeit	12 ff. , 13, 14, 15, 33, 34, 54, 71
körperliche Misshandlung	72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 88 – 111, 127 – 130, 133
Krankheit / Erkrankung	30, 31, 39, 51, 53, 54, 81, 104, 105, 106, 110, 122
multiprofessionell	16, 41, 57, 60, 63, 71, 108, 109, 111, 112
Notaufnahme	20, 21, 56
OPS 1-945 (Operationen- und Prozedurenschlüssel Vers. 2019)	16, 32, 34, 69, 71, 78 - 99
Personensorge / Vormund	5, 18, 22, 26, 30, 31, 52 – 55, 57, 131 - 134
Polizei	3, 69
Psychiater*in	50
psychisch Kranke (Auf- fälligkeit, Störung)	27, 48 ff. , 48, 49, 51, 52, 54, 56
Rechtsmedizin	111
Schule (schulisch)	28
Schutz gewähren	131, 132, 134
Schwangerschaft	36, 37, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 112, 116, 117, 119, 123

Kinderschutzleitlinie AWMF S3(+) Leitlinie

Screening	20, 21, 38, 56, 66, 67, 72, 82 – 87, 89, 90, 91, 94, 96, 97, 98, 106, 110, 129
sexuelle Misshandlung / sexuelle Gewalt	11, 99, 112 – 127
Sozialdienst der Klinik	56
Sterblichkeit, Tod	79, 129
Störung	27, 29, 79, 81
Strafverfolgung	57b
Sucht (Droge, Opioid, Substanz, Amphetamin)	35 ff. , 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 53 ff. , 53, 54, 55, 56
Suizid	56
Täter*in / Verursacher*in	133, 134
Therapeut*in	50
toxische Stoffe	56, 125
Unfall / Unfallhergang	69
Verfahren zur Sicherung Kindeswohl <small>(Gesetz zur Koopera- tion und Information im Kinderschutz / KKG)</small>	12, 15, 33, 34, 54, 71
Verletzung (Augen)	80 ff., 80, 81, 101, 102, 110
Verletzung (Fraktur)	63, 70, 72, 77, 78, 81 – 97, 99, 106 – 109, 129
Verletzung (Hämatom)	62, 63 ff. , 63 – 68, 100
Verletzung (Haut)	111, 121
Verletzung (innere, Or- gane)	100
Verletzung (Schädel)	66, 73 – 83, 85, 90, 97, 98, 101, 102, 128
Verletzung (thermisch, Verbrennung)	63 ff., 69, 70, 71, 83, 85, 129
Verletzung (Trauma)	34, 77, 79, 81, 83, 85, 89 – 100, 113, 115, 126
Vernachlässigung (emotionale)	12, 16, 18, 20, 21, 23, 24 – 29 , 30, 31, 32, 55, 57, 71, 127, 128, 133

Kinderschutzleitlinie AWMF S3(+) Leitlinie

Vorsorgeuntersuchung	19
Wille des Kindes (Wunsch, Zustimmung)	10, 112, 115
zahnärztliche Untersuchung	30 ff. , 30 - 34