Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

„Kinderschutz in der Kinder- und Jugendarztpraxis“

In Kooperation mit dem
Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Sachsen
und dem Städtischen Klinikum Dresden Neustadt

Städtisches Klinikum Dresden Neustadt

bvkj. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Dresden, 03.12.2014

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Freistaat SACHSEN

Inhalt

1. Begrüßung

2. Vorstellung des Praxisleitfadens „Kindesmisshandlung“

3. Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Klinikum Dresden Neustadt

Pause (20 Minuten)

4. Rechtliche Fallstricke im Kinderschutz

„Kinderschutz in der Kinder- und Jugendarztpraxis“

Fortbildungsveranstaltung

Klinikum Dresden Neustadt
03.12.2014

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Freistaat SACHSEN

2. Vorstellung des Praxisleitfadens Kindesmisshandlung

Dr. Antje Heilmann, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin , Universitätsklinikum Dresden

Praxisleitfaden:

www.dakj.de → Aktivitäten → Stellungnahmen und Empfehlungen → Kinderschutz → Praxisleitfaden

2.1. Ziele und Aufgaben des Kinderarztes im Rahmen des Kinderschutzes

- frühzeitiges Erkennen einer möglichen Gefährdung des Kindes
- gesundheitliche Versorgung des Kindes, Förderung von gesundem Aufwachsen des Kindes und Unterstützung dessen Entwicklungspotentiale
- Information der Eltern über die Hilfsmöglichkeiten vor Ort
- Aktiv geeignete Hilfen einleiten
- Kontakt zu anderen Institutionen herstellen

→ ***Problem?!***

- verbindliche Betreuung der Familie und des Kindes: dafür muss unbedingt eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung bestehen und weiter erhalten werden

2.1. Ziele und Aufgaben des Kinderarztes im Rahmen des Kinderschutzes

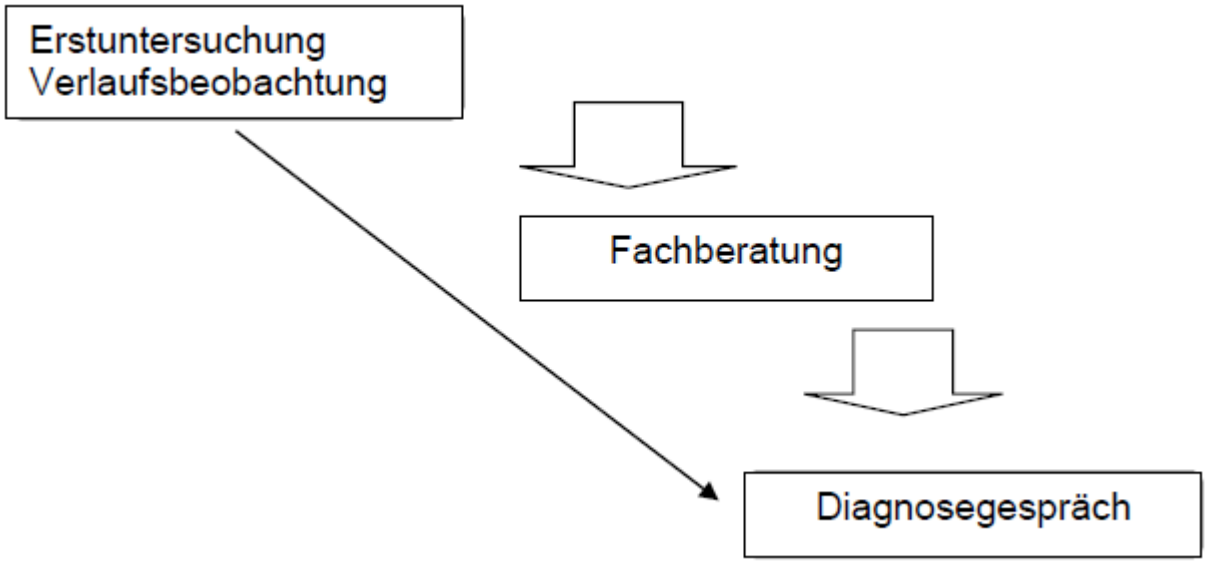
Wie lässt sich dieses Problem auflösen?

a) Rechtlich → Referat Frau Kübler

b) entsprechende Gesprächsführung:

- Eltern für gemeinsames Vorgehen zur Unterstützung des Kindes gewinnen
- Verzicht auf Schuldzuweisungen/ Tätersuche → auf Freiwilligkeit bauen, gemeinsame Lösungssuche
- Fokus aufs Kind

2.2. Vorgehen bei V.a. Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis



2.2. Vorgehen bei V.a. Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis

Wichtig ist:

Exakte und sorgfältige Dokumentation der Anamnese und der Befunde; gegebenenfalls auch eine Untersuchung durch weitere Fachdisziplinen.

→ Dokumentationsbögen nutzen

Dokumentationsbogen Akutvorstellung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Patientenangaben:

Name:
Geburtsdatum:
Adresse:

Angaben zum Untersucher:

Name:
Datum:
Uhrzeit:
Ort der Untersuchung:
Anwesende Personen:

Sorgeberechtigte:

□ nur Mutter □ nur Vater □ beide Elternteile gemeinsam □ Amtsvormund

□ unbekannt □ Sonstige (bitte benennen) _____

Vorstellungsgrund/ Unfallhergang (Stichworte)

Allgemeinzustand:

□ gut □ eingeschränkt:_____

Glasgow ComaScale: ___

Ernährungszustand:

□ gut □ dystroph □adipös

KG: ___ kg (__. Perzentile = ___ SD) **KL:** ___cm (__. Perzentile = __ SD)
KU: ___ cm (__. Perzentile = ___ SD) **BMI:** ___ kg/m2 (__. Perzentile = __ SD)

Pflegezustand:

□ gepflegt □ ungepflegt

z. B. Geruch, Kleidung, Körperverschmutzung, etc.

inwiefern? _____

Zahnstatus:

□ unauffällig □ Karies □ Trauma

Verhalten und psychisches Befinden

z. B. freundlich, kooperativ, abwehrend, distanzgemindert, verängstigt, schüchtern etc.

Entwicklungsbesonderheiten:

□ nein □ ja,

z. B. nichtaltersgerechte Sprache, Kognition, Statomotorik

welche?_____

Besonderheiten bei der klinischen Untersuchung:

□ nein □ ja,

welche?_____

In Anlehnung an Herrmann/Dettmeyer/Banaschak/Thyen: Kindesmisshandlung. 2. Auflage, Springer, 2010

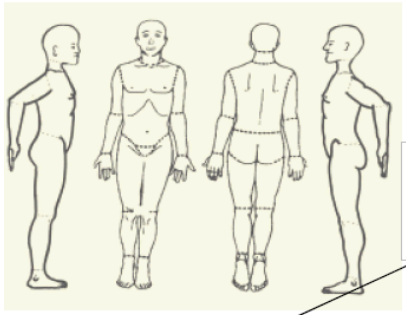
Verdacht auf nichtakzidentellen Mechanismus?

- Anamnese (für Unfallhergang) inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. gesondert erläutern)
- multiple Hämatome
  - + verschiedene Farben (CAVE: Lokalisation)
  - + ungewöhnliche Lokalisation
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung (d.h. „Handschuh-/Strumpfmuster", fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

Anogenitale Untersuchung:

- inspektorisch unauffällig
- auffällig: _____
- nicht untersucht
- weitere Diagnostik notwendig

Dokumentation



Hinweis:
Verletzungen ins Körperschema eintragen. Ziffern vergeben, Einzelheiten in der Tabelle vermerken. Mehrfachnennung möglich (Hämatom mit Kratzer). Fotodokumentation anstreben.

Fotodokumentation (mit Messhilfe) erfolgt?
• ja • nein

Verletzungsarten:

A: Hämatom	**B**: Platzwunde	**C**: Thermische Wunde
D: Bisswunde	**E**: Schnittwunde	**F**: Stichwunde
G: Kratzer	**H**: Fraktur(verdacht)	**J**: Schürfwunde
K: Sonstiges:.....		

z. B. Blutung, Schwellung, Abdrücke (Formung), petechiale Stauungsblutung

Ziffer	Art (s. Kasten)	Größe	Charakteristika (Form, Farbe), Besonderheiten, Schmerz
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Weiteres Procedere:

- Schutzbedürfnis des Kindes /des Jugendlichen prüfen!

- Gespräch mit den Sorgeberechtigten über mögliche Hilfsangebote • **ja** • **nein**
- Kind/Jugendliche/r geht • **nach Hause** • _____
- Wiedereinbestellung vereinbart • **ja** (Termin:_____) • **nein**
- Überweisung veranlasst • **ja** (wohin:_____) • **nein**
- Hinzuziehung „insoweit erfahrene Fachkraft" (Fachkräfteliste) • **ja** • **nein**
- Info Jugendamt (nach Rücksprache mit Eltern) • **ja** (Ansprechpartner: _____) • **nein**
- Info Gesundheitsamt • **ja** (Ansprechpartner:_____) • **nein**

_____
Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
(immer auch in Druckschrift + Tel.)

2.2. Vorgehen bei V.a. Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis – Risikoabschätzung

Jeden Schritt dokumentieren.
(Dokumentationsbogen)

2.2. Vorgehen bei V.a. Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis – Risikoabschätzung

Verdacht auf latente Kindeswohlgefährdung: Kindeswohl ist möglicherweise nicht gewährleistet

Hinweise sammeln durch Anamnese und Untersuchung: Körperlich/ Psychisch/Verhalten/ Familiensystem (z.B. Umgang mit Kind, Gesundheitsfürsorge für das Kind, Gesundheitsstatus der Eltern, besondere Belastung?)

Keine „Ermittlungsarbeit", aber Ihre Sorge begründen.
„DRANBLEIBEN"

Elterngespräch (siehe Extraausführungen), Hilfsangebote, zeitliche Festlegung, Aufzeigen von Konsequenzen, weitere-Diagnostik anregen;
Indikatoren für Verbesserung/ Verschlechterung transparent aufzeigen;
falls möglich, Schweigepflichtsentbindung durch Eltern einholen;
Wiederbestellung Überprüfung von vorherigen Absprachen (z.B. weitere Diagnostikaufträge);
interdisziplinäre Beratung

Sorgeberechtigte ausreichend kooperativ und kompetent?

ja	nein
Weiteren Fortgang „begleiten" Wiedereinbestellung Aktualisierung der Risikoeinschätzung	Information Jugendamt oder fallbezogener Austausch mit anderen Fachkräften und gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens

→ Jeden Schritt dokumentieren. (Dokumentationsbogen)

2.2. Vorgehen bei V.a. Kindesmisshandlung in der kinderärztlichen Praxis – Risikoabschätzung

Eltern haben Unterstützungs-bedarf

Einschätzung der Eltern:
Kooperativ („Bereitschaft")
adäquate Reaktion auf Angebot und Sorge, Pünktlichkeit
Kompetenz („Fähigkeit"),
familiäre Belastungsfaktoren,
Gesundheitsstatus, Sprachverständnis

Wie gehen Sie vor?

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

Akute Kindeswohlgefährdung: Kindeswohl ist unmittelbar gefährdet

Einweisung in die Klinik
(vorherige telefonische Anmeldung in der Klinik)

Entscheidung:
Eltern in der Lage, das Kind in der Klinik vorzustellen?

▼ ja

Kontrollanruf in der Klinik:

Kind angekommen?

▼ ja

Fall ist übergeben

▼ nein

Information Notarzt/ Polizei/ Jugendamt

▼ nein

Jugendamt informieren
Tel: 0351/ 275 40 04
Faxmeldebogen
Fax: 0351/ 488 99 47 23

Jeden Schritt dokumentieren.
(Dokumentationsbogen)

Verdacht auf latente Kindeswohlgefährdung: Kindeswohl ist möglicherweise nicht gewährleistet

Hinweise sammeln durch Anamnese und Untersuchung:
Körperlich/ Psychisch/Verhalten/ Familiensystem (z.B. Umgang mit Kind, Gesundheitsfürsorge für das Kind, Gesundheitsstatus der Eltern, besondere Belastung?)

Keine „Ermittlungsarbeit", aber Ihre Sorge begründen.
„DRANBLEIBEN"

▼

Elterngespräch (siehe Extraausführungen), Hilfsangebote, zeitliche Festlegung, Aufzeigen von Konsequenzen, weitere-Diagnostik anregen;
Indikatoren für Verbesserung/ Verschlechterung transparent aufzeigen;
falls möglich, Schweigepflichtsentbindung durch Eltern einholen;
Wiederbestellung Überprüfung von vorherigen Absprachen (z.B. weitere Diagnostikaufträge);
interdisziplinäre Beratung

Sorgeberechtigte ausreichend kooperativ und kompetent?

▼ ja

Weiteren Fortgang „begleiten"
Wiedereinbestellung
Aktualisierung der Risikoeinschätzung

▼ nein

Information Jugendamt oder fallbezogener Austausch mit anderen Fachkräften und gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens

Jeden Schritt dokumentieren.
(Dokumentationsbogen)

Eltern haben Unterstützungsbedarf

▼

Einschätzung der Eltern:
Kooperativ („Bereitschaft")
adäquate Reaktion auf Angebot und Sorge, Pünktlichkeit
Kompetenz („Fähigkeit"),
familiäre Belastungsfaktoren,
Gesundheitsstatus, Sprachverständnis

▼

Fallberatung jederzeit möglich:

- **Kinder und Jugendärztlicher Dienst (KJÄD)**

  Tel: 0351/ 488 82 41

- **„insoweit erfahrene Fachkraft" (anonym)**

www.uniklinikum-dresden.de/kinderschutz

Pädiatrischer Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialem Unterstützungsbedarf (U3-U6)

Vorläufige Version

Hauptbezugsperson: _____ jünger als 18 J. ☐

geb. am

Familie: ○ Alter____ ☐ Alter____

Familienanamnese

Schwangerschaft / Geburt

Risikonummern*: 06 07 13 25 29 30 31

Anzahl Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen: _____

Erstuntersuchung Schwangerschaftswoche: _____

Fürsorgeanforderungen / Familiäre Erkrankungen / Belastungen

_____ ☐
Kind mit erhöhten Fürsorgeanforderungen (z.B. Mehrlinge)

_____ ☐
Schwere Erkrankungen in der Familie - wer / welche

_____ ☐
Sonstige Belastungen

Gesundheitsfürsorge

Durchgeführte U-Untersuchungen

U1	U2	U3	U4	U5	U6

Kinderarztwechsel ☐

* Risikonummern der Gynäkologie (Mutterpass / gelbes Heft)

Psychosoziale Belastungen

Familienanamnese

	U3	U4	U5	U6
1. Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie zu übersteigen	☐	☐	☐	☐

Auffälligkeiten beim Kind

	U3	U4	U5	U6
2. Pflege / Ernährung	☐	☐	☐	☐
3. Entwicklung / Verhalten (Sicht des Pädiaters)	☐	☐	☐	☐
4. Entwicklung / Verhalten (Sicht der Eltern)	☐	☐	☐	☐

Belastungen der Hauptbezugsperson (H.)

	U3	U4	U5	U6
5. starke Erschöpfung	☐	☐	☐	☐
6. selbstberichtete mangelnde Unterstützung	☐	☐	☐	☐

Eltern-Kind-Interaktion

	U3	U4	U5	U6
7. mangelnde Zuwendung (Blick-, Körperkontakt, Ansprache)	☐	☐	☐	☐
8. wenig einfühlsames Handling	☐	☐	☐	☐
9. Anzeichen von Überforderung	☐	☐	☐	☐

Klinisch relevante Symptome

Regulationsstörungen

	U3	U4	U5	U6
10. Exzessives Schreien / starke Unruhe	☐	☐	☐	☐
11. Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐
12. Fütterstörungen	☐	☐	☐	☐

Anzeichen Postpartaler Depression

	U3	U4	U5	U6
13. Interessenlosigkeit, Niedergeschlagenheit	☐	☐	☐	☐

2.3. Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Definition:

- Nutzung von Kindern und Jugendlichen zu Bedürfnisbefriedigung, durch Kinder/ Jugendliche/ Erwachsene
- Vorhandensein von Macht- und Abhängigkeitsverhältnis der Beteiligten

→ Starker Druck auf Betroffene → massiver Loyalitätskonflikt für Betroffene, Schuld, Scham

Formen:

- Nicht invasive Formen (z.B. Penetration)
- Invasive Formen (z.B. oraler/ analer/ vaginaler Geschlechtsverkehr)
- Beteiligung bei Kinderpornografie
- Handlungen ohne Körperkontakt (z.B. Exhibitionismus, sexualisierte Sprache)

2.3. Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Ist ein Übergriff bei Kinder in den letzten 24 Std. – Jugendliche 72 Std. – erfolgt, muss eine kompetente Untersuchung unverzüglich erfolgen, um beweisdienliche Befunde erheben zu können.

→ So nicht selbst möglich, Einbeziehen der Rechtsmedizin!

→ Dokumentation

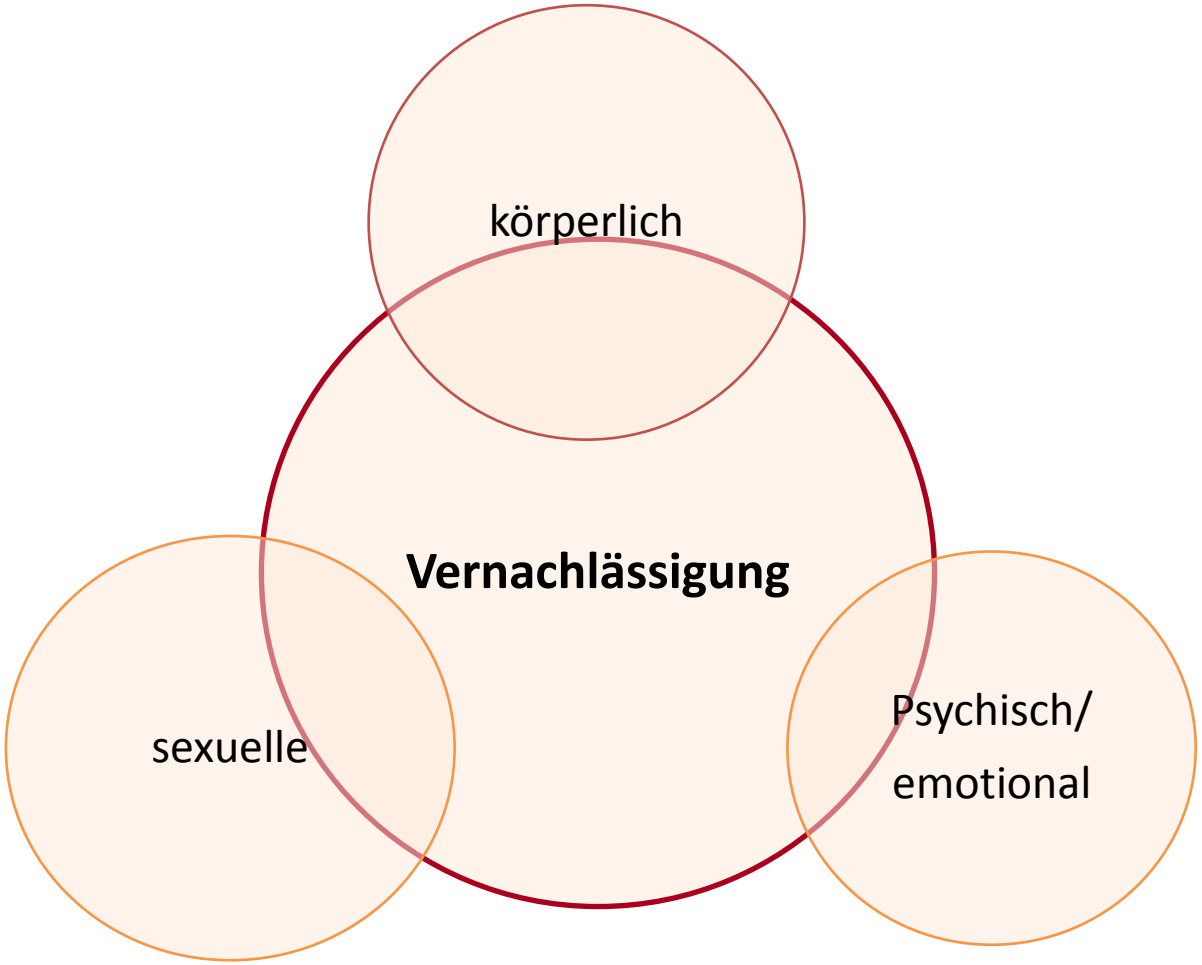
→ Einbeziehen des Jugendamtes, auch zum Schutz möglicher weiterer Kinder

→ Für Betroffene: interdisziplinäre, langfristige Betreuung (Psychologen, Beratungsstellen, u.a.)

2.4. Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen

Definition:

- Nichterfüllen von körperlichen und/oder seelischen Grundbedürfnissen eines Kindes → Besonders in den ersten Lebensjahren gravierende Folgen
  → Unsichere Bindung, Deprivation, Unterernährung, usw.
- Keine aktive Handlung, sondern Fehlen von etwas, eher prozessorientiert → chronische Kindeswohlgefährdung
- Auswirkungen: Gedeihstörung, Karies, (Sprach)Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensstörungen, frühkindliche Depression, Gefahren im häuslichen Umfeld, fehlende Aufsicht
- **Häufigste Form der KWG: 60-70 % der Fälle**


körperlich
Vernachlässigung
sexuelle
Psychisch/
emotional

2.4. Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen

Mögliche Indikatoren:

a) der Eltern

- Häufige Arztwechsel, fehlende Arztbesuche/ Vorsorgeuntersuchungen/ Impfungen, Therapieabbrüche
- Fehlende Zuwendung, Nicht-/Fehldeuten von Signalen des Kindes, keine Bedürfnisbefriedigung, Demütigung, Desinteresse
- Vermessene Disziplinarversuche, schädigende Beruhigungsversuche

b) der Kinder

- Regulationsstörungen, Über-/Untergewicht, Trotzverhalten, (auto)aggressives Verhalten, häufige Unfälle, schlechter körperliche Zustand, Karies, witterungsunpassende Kleidung, Entwicklungsstörungen

2.5. Gesprächsführung

- These: Familie bereits bekannt, evtl. mit mehreren Kindern in Behandlung → vertrauensvoller Zugang da, nichts erzwingen wollen, keine Drohungen
- Zeit für Gespräch muss da sein
- Vor Äußerung des Verdachtes, muss dieser abgesichert sein
- In Eltern hinein versetzen: warum kommen sie jetzt? Was ist deren Erwartung?
- Auch Risikoabschätzung für Kind vornehmen: welcher Gefährdungsrahmen besteht fürs Kind?
- Gegebenenfalls Gespräch mit Fachkollegen/ Schwester

2.5. Gesprächsführung

Ablauf:

- Begrüßung, Festlegen von Thema des Treffen (z.B. „Ich möchte mit Ihnen über die Diagnose sprechen“)
- Zentrale Gesprächsphase (Verletzungen/ Symptomatik schildern, mögliche Folgen/ Schäden sprechen)
- Betroffenheit Raum geben (auch misshandelnde Eltern sorgen sich um Kind)
- Beschreibende Fragen nutzen (wer, wann, wo, was, kein warum!)
- Ansprechen, dass Verletzungen und Schilderungen zum Hergang nicht passen; jedoch keine Wertung, Vorwurf
- Erklärung der Eltern nicht kommentieren, nicht auf Spekulationen einlassen

  → Vermeidung des Gesprächsabbruchs
- Gemeinsames Ziel finden: Gesundheit v. Kind hat Priorität → Einbeziehen weiterer Stellen (Einverständnis!)

→ **Dokumentation**

2.6. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

dresden.de

deutsch | Suche

Dresden › Leben, Arbeiten & Wohnen › Kinder

Themen

- Stadt, Verwaltung & Rat
- Wirtschaft & Wissenschaft
- Kultur & Sport
- Tourismus
- **Leben, Arbeiten & Wohnen**
- Stadtentwicklung & Umwelt

Leben, Arbeiten & Wohnen

- Veranstaltungskalender
- Kinder
  - Geburt
  - Kindertagesbetreuung
  - Gesundheitsfürsorge
  - Freizeitangebote
  - **Kinderschutz**
    - Kinder und Jugendliche
    - Eltern
    - Bürgerinnen und Bürger
    - Fachkräfte
  - Kinder- und Jugendstadtplan
- Jugend
- Schulen & Bildung

Kinderschutz geht alle an!

www.dresden.de/kinderschutz

Kinderschutz in Dresden heißt, das gesunde körperliche, geistige und seelische Aufwachsen von Kindern zu fördern und das Wohl unserer Kinder zu schützen.

Wir alle sind Teil dieser Verantwortungsgemeinschaft.

Hier finden Sie Informationen zum Thema KINDERSCHUTZ in Dresden.

Kinder und Jugendliche erfahren, wo sie sich hinwenden können,

- wenn sie Probleme in ihrer Familie haben,
- wenn sie vernachlässigt, gedemütigt oder missbraucht werden,
- wenn sie sich von ihren Eltern nicht verstanden fühlen oder mit den Eltern nicht reden können,

Kinderschutz-Notruf

- für Kinder und Jugendliche, die dringend Hilfe brauchen
- für Bürgerinnen und Bürger, die sich Sorgen um ein Kind machen

(03 51) 2 75 40 04

Der Kinderschutznotruf des Jugendamtes ist 24 Stunden täglich erreichbar.

2.6. Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

- Fälle der Kindesmisshandlung sind zeitaufwändig und komplex
  → Zusammenarbeit mit anderen Institutionen notwendig, denn jeder hat andere Zugangswege, Befugnisse und Methoden mit Familie zu arbeiten
- Dafür muss Netzwerk bekannt sein
  - Netzwerkkoordinator für Kinderschutz
  - ASD der Jugendämter
  - Insoweit erfahrene Fachkraft
  - Kinder –und Jugendärztlicher Dienst
  - Kinderschutzgruppe vor Ort
  - „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“
- Lückenlose Kommunikation in diesen Fällen sehr wichtig (kam Kind an? Wie läuft Nachsorge? Wer ist zuständig? Wie erhalte ich Informationen?

Städtisches Klinikum Dresden Neustadt

- Willkommen
- News & Presse
- Kliniken und Abteilungen
- Kompetenzzentren
- Standorte
- Service
- Über uns
  - Krankenhausleitung
  - Qualitätsmanagement
  - Geschichte
  - Gesundheitsförderndes Krankenhaus
  - Umweltallianz Ökoprofit
  - Leitbild
  - Ethikkomitee
  - Kinderschutzgruppe
  - Aromapflegegruppe

Kinderschutzgruppe

Die Kinderschutzgruppe an der Kinderklinik Dresden-Neustadt behandelt seit 2010 Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren, die unter dem Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung ambulant oder stationär vorgestellt werden. Des Weiteren werden durch die Kinderschutzgruppe drogenabhängige Mütter während und nach der Geburt in enger Kooperation mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe betreut.

Wir sind ein multiprofessionelles Team von Fachärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Pflegekräften aus mehreren Kliniken und Abteilungen des Klinikums Dresden-Neustadt und Ansprechpartner für alle medizinischen Professionen innerhalb und außerhalb des Hauses zum Thema Kinderschutz. Es bestehen eine enge fachliche und personelle Zusammenarbeit mit den Kollegen der Kinderschutzgruppe der Universitätskinderklinik Dresden sowie ein Kooperationsvertrag mit dem Jugendamt der Stadt Dresden. Die Kinderschutzgruppe am Städtischen Klinikum ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (▸ www.ag-kim.de) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).

Ein Aufnahme- und Anamnesebogen, der den Empfehlungen der AG Kinderschutz in der Medizin entspricht, wird seit 2012 genutzt. Darüber hinaus wurde eine Handlungsanweisung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung im Sinne eines Klinischen Pfades in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Universitätsklinik entwickelt sowie eine dazu gehörige Dokumentation. Diese ist allen Mitarbeitern im Intranet des Städtischen Klinikums Dresden zugänglich. 2014 wurden außerdem ein klinischer Pfad sowie eine Dokumentationsmappe für die Betreuung drogenabhängiger Mütter vor, während und nach der Geburt erstellt.

Unser Ziel ist es, die Sicherheit im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die unter dem Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung im Städtischen Klinikum Dresden vorgestellt werden, an unserem Haus zu erhöhen, die Sensibilität für den medizinischen Kinderschutz zu verbessern und die notwendigen Hilfsmaßnahmen zu optimieren.

Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen

KinderSchutzGruppe
am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus

ANMELDEN | IMPRESSUM

- START
- UNSERE AUFGABE
- AKTUELLES
- UNSER TEAM
- ARBEITSMITTEL
- KONTAKT

KINDERSCHUTZGRUPPE

Die KinderSchutzGruppe des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden behandelt Kinder und Jugendliche, bei denen der Verdacht auf eine Gefährdung ihres körperlichen oder psychischen Wohles durch Dritte besteht.

Wir sind ein multiprofessionelles Team von Fachleuten aus mehreren Kliniken, Institutionen und anderen Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden. Wir arbeiten eng mit dem Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt zusammen und sind über einen Kooperationsvertrag mit dem Jugendamt der Stadt Dresden

uniklinikum-dresden.de/index.php

„Kinderschutz in der Kinder- und Jugendarztpraxis“

Fortbildungsveranstaltung

Klinikum Dresden Neustadt
03.12.2014

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Freistaat SACHSEN

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderschutzgruppe

Städtisches Klinikum Dresden
Neustadt

Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

in der Kinderklinik Dresden Neustadt

03.12.2014

Fallvorstellungen - A. Lachnit / St. Eichholz

Städtisches Klinikum Dresden Neustadt

Kinderschutzgruppe Dresden Neustadt

Fachärzte: A. Lachnit / Dr. St. Eichholz

Ass.-Ärztin: Dr. St. Junge

Psychologin: Dipl.-Psych. B. Schwab

Pflege: 3 Schwestern / 1 Pfleger

Kinderchirurgie: Dr. A. Rungenhagen

Kinderradiologie: Dr. Th. Haufe

Sozialarbeiterin: C. Lorenz*

Kooperation:

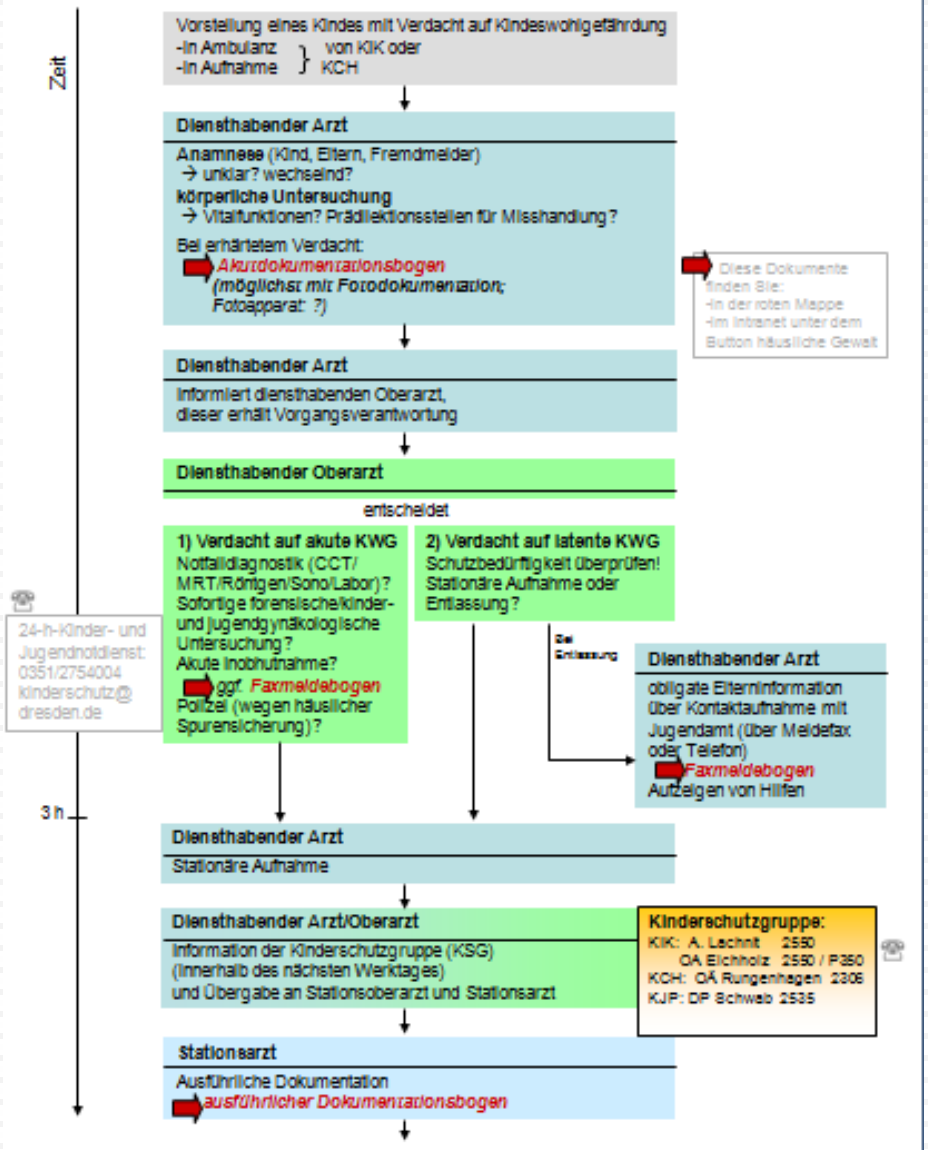
Institut für Rechtsmedizin

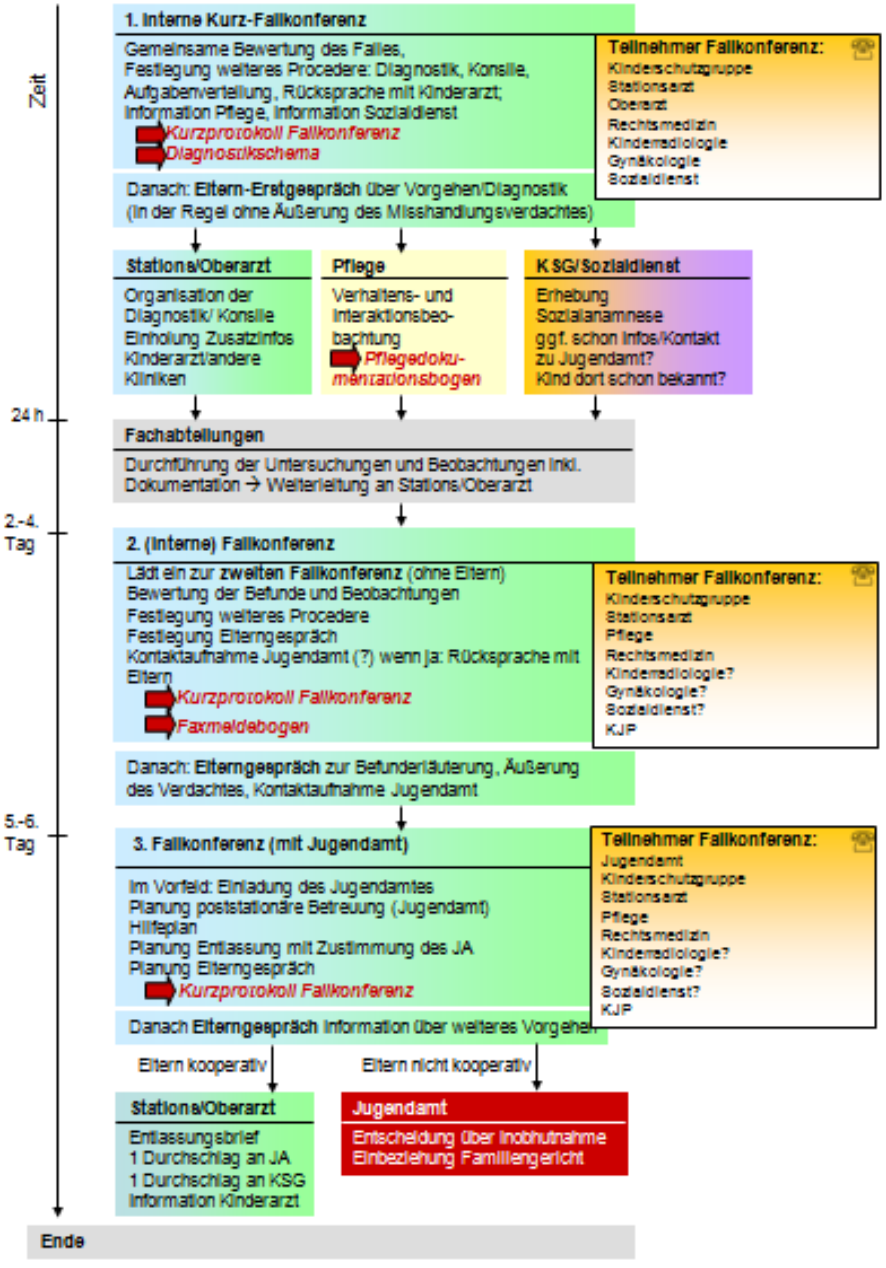
*UKD-KSG

Jugendamt

Klinischer Pfad bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Städt. KH Dresden Neustadt





Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Ambulante Vorstellung KHDF mit ambulantem **Überweisungsschein für Dermatologie und Augenheilkunde**:

- 12 Monate alter, dystropher Junge
- „Verbrühungen“ der rechten Hand seit Vortag
- „Augenhämatom links“ seit Vortag

Vorstellung der Mutter in Neonatologie, dann **Verlegung KHDN Kinderklinik**

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Anamnese:

- Kind am Vortag alleine auf Tisch gekrabbelt, dabei Tasse heißen Tee umgeschüttet
- Kind am Vortag verstärkt am linken Auge gerieben, Schwellung und Hämatom am Aufnahmetag nach Aufwachen
- Keine akute Kinderarztvorstellung, da am Aufnahmetag geplante Regeluntersuchung

Am Tisch sitzend, dabei Tasse heißen Tee umgeschüttet

Kind mit beiden Händen auf Tisch, Umschütten der Tasse Tee durch 3-jährigen Sohn des Lebensgefährten der Mutter

Kind von 3-jährigen Sohn des Lebensgefährten geschlagen

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Eigenanamnese:

- Kind schon häufiger plötzliche Schwellungen am Auge und im Gesicht, würde sich im Gitterbett bei Stürzen selbst verletzen
- Innerhalb verg. 14 Tage zwei unklare Ereignisse mit Apnoe und Zyanose, auf Anraten Kinderarzt beim 2. Ereignis Abduschen mit kaltem Wasser – dabei Kind gewehrt – Hämatom am Rücken

Keine Bestätigung durch Kinderarzt

- Gewichtsstagnation seit 3 Monaten

Kein Kinderarztbesuch

- Nahrungsaufnahme unauffällig, Entwicklung bisher unauffällig (steht frei) Stuhlgang, Miktion unauffällig

steht nicht frei

- Geburt term-hypotroph, SS: Nikotinabusus, peripartal Eklampsie bei SVT, Dauertherapie der Mutter mit LEV

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Sozialanamnese:

- Mutter alleiniges Sorgerecht, zum KV seit SS kein Kontakt
- Wohnt mit Kind und Lebensgefährten zusammen, kein weiteres Kind im Haushalt

3-jähriges Kind des LG mit im Haushalt

- Mutter besucht aktuell Berufsschule (HWL), während Schulzeit sei Kind bei Großmutter (alleinlebend), ebenso an den Wochenenden
- Lebensgefährte ebenfalls in Ausbildung (Sozialassistent / Erzieher)
- Kein Kinderkrippenbesuch (geplant)

Mutter besucht keine Berufsschule, akt. ohne Tätigkeit, Kind gelegentlich am WE bei Großmutter

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Status:

- 12 Monate, Gew. 8000 g (P4), Länge: 74 cm (P19), BMI: 14,6 kg/m² (P3)
- Unleidlich, wimmernd, berührungsempfindlich, schlechter PZ
- Ø 5 cm periorbitale Schwellung links mit Hämatom nach frontal ziehend, ausgeprägtes Hyposphagma
- Handrückenschwellung rechts über I-V mit abgegrenzter Rötung, Blasenbildung dorsal, z.T. offen über I.-V. Phalangen, z.T. zirkulär (entsprechend Verbrühung 2a-2b, ca. 30% der Handfläche rechts)
- Multiple Hämatome Ø 1-5 cm bitemporal, Kinn bds., Nasenrücken, Knie links, Rücken BWS/LWS-Übergang, Ø 5 cm schwappendes Kephalhämatom mit oberfl. Ritzwunde hochokzipital
- Otitis media purulenta rechts, Rhinitis, fibrinöse Beläge Mundschleimhaut, Soordermatitis anogenital

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Vd. nichtakzidentielle Genese, weil:

- Inadäquate und wechselnde Anamnese
- Multiple Hämatome unterschiedlichen Alters an ungewöhnlichen Stellen
- Prädilektionsstellen betroffen
- Vd. Immersionsverbrühung

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

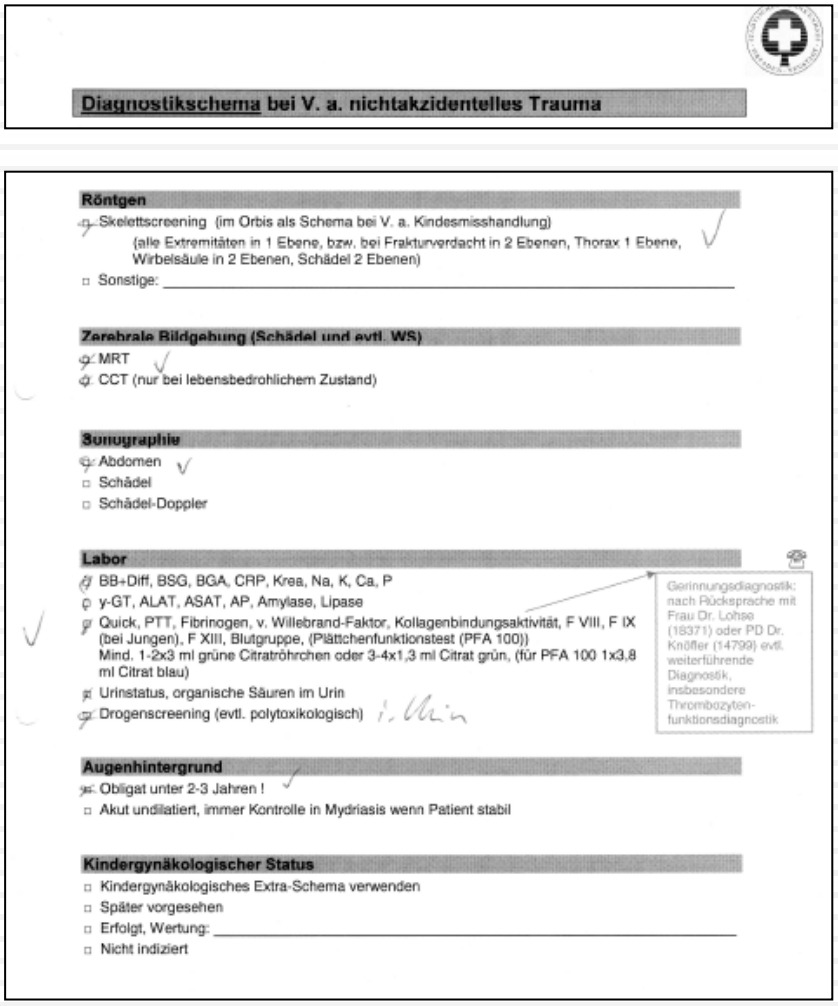
Sofortmaßnahmen:

- Analgesie i.v., Infusionstherapie, Antibiose, Monitoring
- Kinderchirurgische Erstversorgung der Verbrühungswunden
- Notfall-CT des Schädels: o.p.B.
- Rechtsmedizinisches Konsil
- Meldung KWG an zuständiges Jugendamt - Akute Inobhutnahme

Faxmeldebogen bei Vd. Akute KWG ans Jugendamt

Inobhutnahme nach §42 SGB VIII erfolgt

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate



Diagnostikschema bei V. a. nichtakzidentelles Trauma

Röntgen
- Skelettscreening (im Orbis als Schema bei V. a. Kindesmisshandlung) (alle Extremitäten in 1 Ebene, bzw. bei Frakturverdacht in 2 Ebenen, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule in 2 Ebenen, Schädel 2 Ebenen)
- Sonstige: _____

Zerebrale Bildgebung (Schädel und evtl. WS)
- MRT
- CCT (nur bei lebensbedrohlichem Zustand)

Sonographie
- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

Labor
- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- γ-GT, ALAT, ASAT, AP, Amylase, Lipase
- Quick, PTT, Fibrinogen, v. Willebrand-Faktor, Kollagenbindungsaktivität, F VIII, F IX (bei Jungen), F XIII, Blutgruppe, (Plättchenfunktionstest (PFA 100)) Mind. 1-2x3 ml grüne Citratröhrchen oder 3-4x1,3 ml Citrat grün, (für PFA 100 1x3,8 ml Citrat blau)
- Urinstatus, organische Säuren im Urin
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)

Gerinnungsdiagnostik: nach Rücksprache mit Frau Dr. Lohse (18371) oder PD Dr. Knöfler (14799) evtl. weiterführende Diagnostik, insbesondere Thrombozyten-funktionsdiagnostik

Augenhintergrund
- Obligat unter 2-3 Jahren !
- Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis wenn Patient stabil

Kindergynäkologischer Status
- Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden
- Später vorgesehen
- Erfolgt, Wertung: _____
- Nicht indiziert

Diagnostikschema:

+ Rö-Skelettscreening

+ cMRT

+ Abdomen-Sonografie

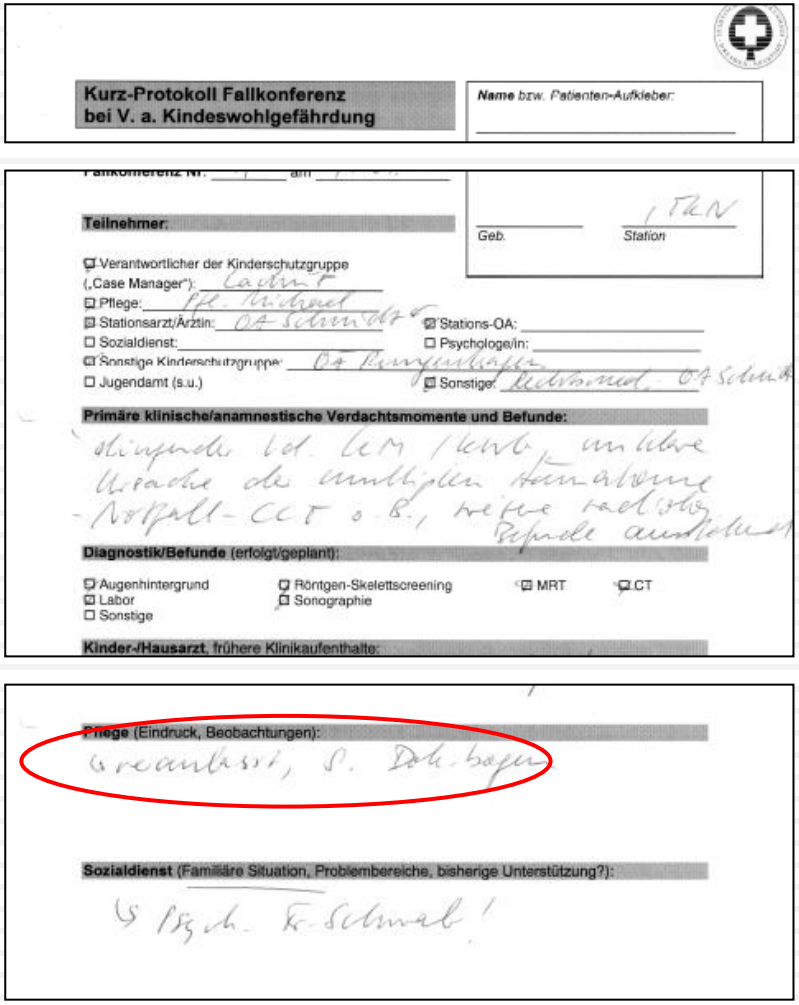
+ Dystrophiediagnostik

+ Gerinnungsdiagnostik

+ toxikologisches Screening

+ Augenarzt

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate



Kurz-Protokoll Fallkonferenz bei V. a. Kindeswohlgefährdung

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. Station

Teilnehmer:

- ☑ Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager"):
- ☑ Pflege:
- ☑ Stationsarzt/Ärztin:
- ☑ Stations-OA:
- ☐ Sozialdienst:
- ☐ Psychologe/in:
- ☑ Sonstige Kinderschutzgruppe:
- ☐ Jugendamt (s.u.)
- ☑ Sonstige:

Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

- ☑ Augenhintergrund
- ☑ Labor
- ☐ Sonstige
- ☑ Röntgen-Skelettscreening
- ☑ Sonographie
- ☑ MRT
- ☑ CT

Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):

1. **Interdisziplinäre Fallkonferenz** (zeitnah)

- Zsfg. Befunde
- Verdachtsprüfung
- Zuständigkeiten verteilen
- Offene Aufgaben / Fragen

- Polizeiliche Anzeige durch RM

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Pflegedokumentation

Pflegerische Dokumentation 1

Basisdokumentation

Wichtig

- Trägt das Kind* noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?
  Ja ☐ Nein ☐
  Wenn ja, diese in separatem Papier/Baumwoll-Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel – zerstört DNA!)
  ☐ erfolgt ☐ nicht erfolgt
- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt** waschen

Genaue Dokumentation in Roter Mappe:

(Bitte ankreuzen, darüber hinaus bitte die Bögen „Besucherverzeichnis" oder „Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen" benutzen)

- **Pflegezustand**
  ☐ guter Pflegezustand ☒ mäßiger Pflegezustand
  ☐ schmutzige Kleidung ☐ dreckige Fingernägel ☐ ungepflegter Windelbereich
  ☐ Sonstiges
- **Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome**? (Ort, Größe, Lokalisation, Formung)
  ☐ Nein ☐ Ja (wenn „Ja" bitte auf Extrabogen beschreiben / zeichnen)
- **Besuche**
  Abklären, wer Kind besuchen darf und ob und mit wem Kind die Station verlassen darf
  ☐ **Besucherlaubnis**:
  ☐ **„Ausgangserlaubnis"**:
  Wer kam wann, für wie lange zu Besuch?
  ☐ auf Besucherverzeichnis dokumentiert
  Wie war der **Umgang zwischen Besucher und Kind**?
  ☐ ggf. separater Bogen

  Freut sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?
  ☐ ggf. auf separatem Bogen
- **Verhalten des Kindes**
  gegenüber Pflegepersonal? (ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)
  gegenüber anderen Patienten?
- Wie formuliert das Kind diverse **Tätigkeiten und Begriffe** (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien)

Rote Mappe bei Verdacht auf KWG: Pflegerische Dokumentation S. 17-18

Gegebenenfalls auf Extrabogen dokumentieren:

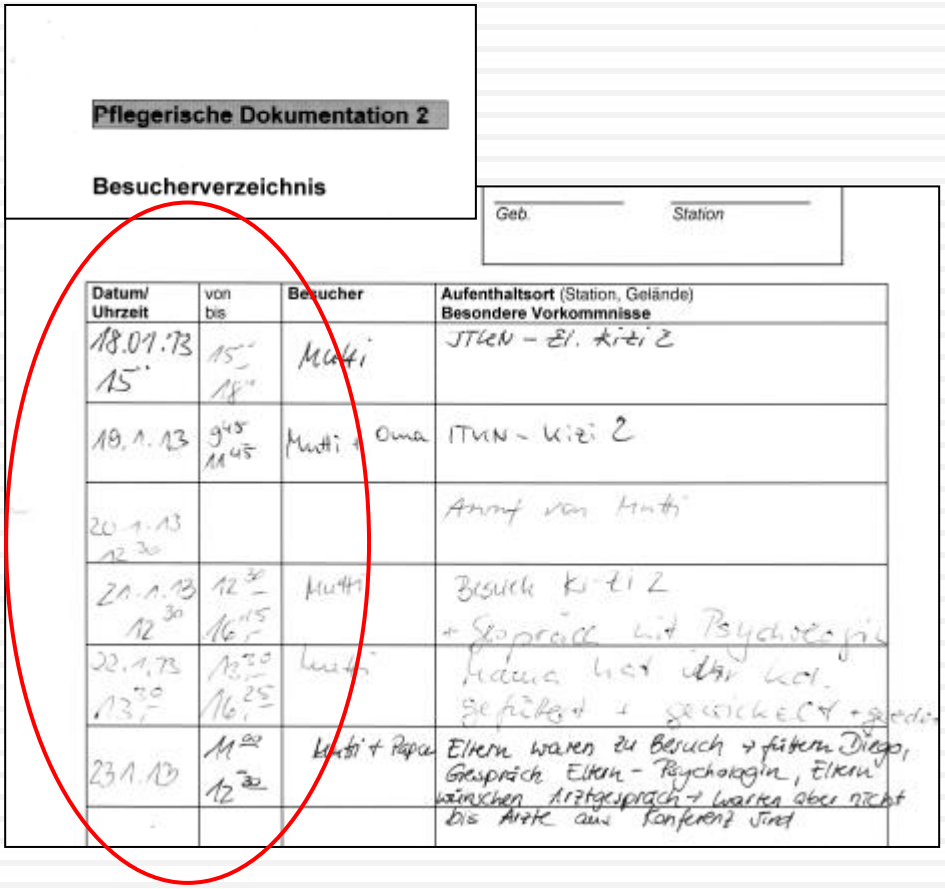
- Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?
- Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig)
- Geniert sich das Kind? (Altersentsprechend?)
- Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten? (Aufreizend? Kokett?)
- Sind alle erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?

Absprachen mit der Kinderschutzgruppe und dem Jugendamt beachten!

* Mit „Kind" sind im Folgenden auch immer Jugendliche gemeint..
** Mit „zuständigem Arzt" ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint.

Rote Mappe bei Verdacht auf KWG: Pflegerische Dokumentation S. 17-18

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate



Pflegerische Dokumentation 2

Besucherverzeichnis

Geb. _____ Station _____

Datum/ Uhrzeit	von bis	Besucher	Aufenthaltsort (Station, Gelände) Besondere Vorkommnisse
18.01.13 15'	15' 18"	Mutti	ITUN – El. Kiti 2
19.1.13	9⁴⁵ 11⁴⁵	Mutti + Oma	ITUN – Kiti 2
20.1.13 12³⁰			Anruf von Mutti
21.1.13 12³⁰	12³⁰ 16¹⁵	Mutti	Besuch Kiti 2 + Gespräch mit Psychologin
22.1.13 13³⁰	13³⁰ 16²⁵	Mutti	Diana hat Kiti 2 verlassen + gesucht + gerufen
23.1.13	11²⁰ 12³⁰	Mutti + Papa	Eltern waren zu Besuch + füttern Diego, Gespräch Eltern – Psychologin, Eltern wünschen Arztgespräch + warten aber nicht bis Ärzte aus Konferenz sind

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Diagnostik:

Rö-Skelettscreening:	keine knöchernen Traumafolgen
Schädel-MRT:	keine alten oder frischen Traumafolgen
Abdomen-Sonografie:	keine Organverletzungen
Dystrophiediagnostik:	Transaminasen erhöht, sonst unauff. (u.a. Zöliakie-AAK, NM-IgE, Vit., PE)
Gerinnungsdiagnostik:	unauff. (u.a. APC-R., vWF, Prot. S+C)
Toxikolog. Screening:	(GC/MS) Ibuprofen, sonst o.B.
Augenarzt:	Monokelhämatom, Hyposphagma, keine Fundusblutung

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Verlauf:

Initial RSV-Pneumonie mit O_2-Supplementation

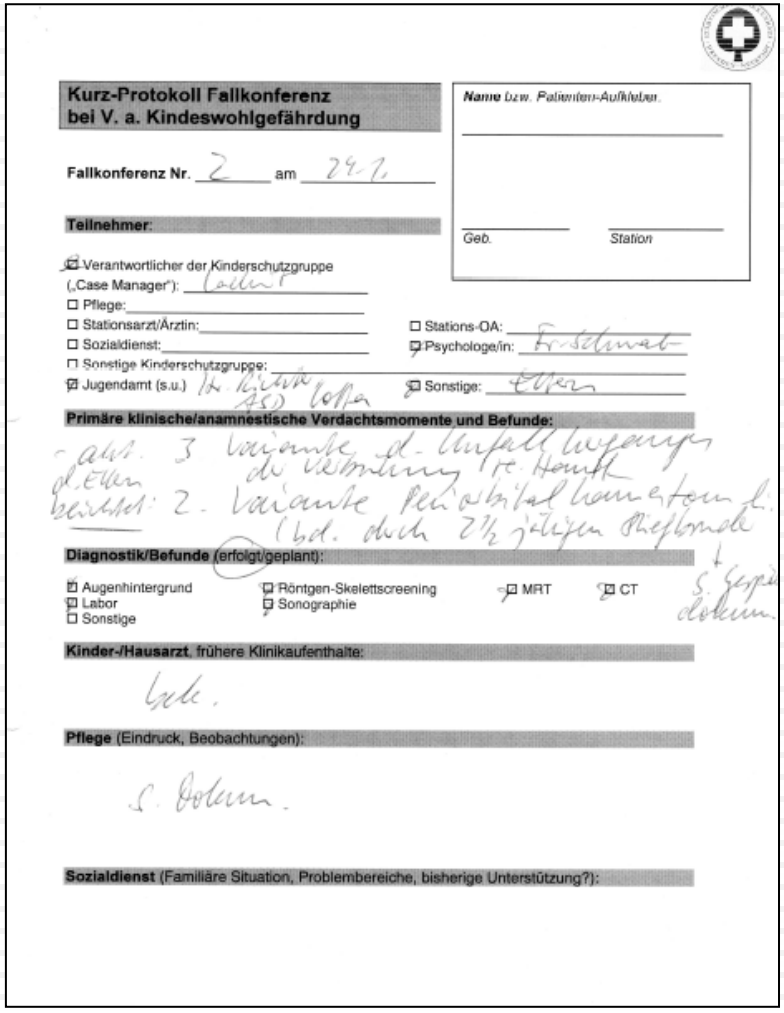
Initial ITS-Überwachung

Wdh. Verbandswechsel und Wunddébridement in Narkose

Unregelmäßige Besuche der Mutter, kaum Besuche des LG

Trotz wdh. Angebote keine Mitaufnahme der Mutter

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate



Kurz-Protokoll Fallkonferenz bei V. a. Kindeswohlgefährdung

Name (bzw. Patienten-Aufkleber)

Fallkonferenz Nr. 2 am 24.7.

Geb. Station

Teilnehmer:

- ☑ Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager"): Lachnit
- ☐ Pflege:
- ☐ Stationsarzt/Ärztin:
- ☐ Stations-OA:
- ☐ Sozialdienst:
- ☑ Psychologe/in: Fr. Schwab
- ☐ Sonstige Kinderschutzgruppe:
- ☑ Jugendamt (s.u.) Fr. Kirsch (ASD) Lotta
- ☑ Sonstige: Eltern

Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

ca. 3 Variante d. Unfallherganges d. Eltern
bestätigt: 2. Variante Periorbitalhämatom d. li. Auge (bd. durch 2½ jährigen Bruder)

Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

- ☑ Augenhintergrund
- ☑ Labor
- ☐ Sonstige
- ☐ Röntgen-Skelettscreening
- ☑ Sonographie
- ☑ MRT
- ☑ CT

S. Gutachten dokum.

Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

bds.

Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

s. Bogen.

Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):

2. Interdisziplinäre Fallkonferenz
+ Jugendamt
+ Eltern

- Zsfg. Befunde
- Offene Aufgaben / Fragen
- Klärung Procedere

Fallvorstellung – D. M., 12 Monate

Verlauf:

Vollhauttransplantation Streckseite 3./4. Finger

Allmähliche Stabilisierung, Gewichtszunahme, Wundheilung

Entlassung nach 5 Wochen in Bereitschaftspflege / KJND

Fortführend topische Hautpflege

SPZ Anbindung, Frühförderung

Kind aktuell in Pflegefamilie, Betreuung durch Amtsvormund

Eröffnung eines Strafverfahrens ausstehend

Altersgerechter Entwicklungsstand

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Städtisches Krankenhaus Dresden Neustadt
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderschutzgruppe

Andreas Lachnit
Facharzt

Andreas.Lachnit@khdn.de
Tel.: (0351) **856 2580**

Städtisches Klinikum
Dresden
Neustadt

„Kinderschutz in der Kinder- und Jugendarztpraxis“

Fortbildungsveranstaltung

Klinikum Dresden Neustadt
03.12.2014

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Freistaat SACHSEN

4. Rechtliche Fallstricke im Kinderschutz

Anca Kübler, Rechtsanwältin, Dresden