



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK



Kinderschutzgruppe

ein Modell zur Aufdeckung von
Gewalt am Kind

L.Thun-Hohenstein

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie I
Christian-Doppler-Klinik
Paracelsus Privatmedizinische Universität
Salzburg

- Kinderschutzgruppe
 - Gesetzliche Grundlagen
 - Kann die KSG die Aufdeckung von Gewalt am Kind verbessern ?

- Fallbeispiele zur aktuellen Kinderschutzgruppenarbeit
 - Misshandlung
 - Missbrauch
 - Vernachlässigung / seelische Gewalt

- Problemfelder

Gesetzliche Grundlagen nach KAKuG 2004

- Errichtung
 - §8e (1) Landesgesetzgeber hat die Trägerzu verpflichten, Kinderschutzgruppen einzurichten
- Zusammensetzung
 - §8e (2) Zusammensetzung: Kinderarzt/Kinderchirurg, PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen; evtl. Zuziehung eines Vertreters der Jugendwohlfahrt
- Ziel der KSG-Arbeit
 - §8e (3) KSG obliegt die Früherkennung von Gewalt oder Vernachlässigung von Kindern oder die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern

Gesetzliche Grundlagen nach Ärztegesetz

- § 54 (5)
 - Ergibt sich für den Arzt in Ausübung seines Berufes der Verdacht, dass ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden ist, so hat der Arzt Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten.
 - Richtet sich der Verdacht gegen nahe Angehörige (StGB § 166) so kann die Anzeige solange unterbleiben, als dies das Wohl des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer **Kinderschutzgruppe** an einer Krankenanstalt erfolgt.

KSG Österreich Zusammensetzung (L.Thun-Hohenstein 2005)

Berufgruppe	%
DGKP/KJKH	96,4
Psychologen	89,3
Pädiater	89,0
DSA	71,4
Gynäkologe	57,1
Kinder- +Jugendpsychiater	39,3
DGKP/KICHI	50,0
Psychotherapeuten	50,0
Allgemeinarzt	10,7
Andere	60,7

Arbeitsweise KSG Österreich

		%
Abteilungsübergreifend		89,3
Konsiliarisch		57,1
Übernimmt Patientenverantwortung		53,6
Treffen		
wöchentlich		28,6
monatlich		32,1
nach Bedarf		53,6
Dokumentation	PC	39,3
	eigene Kartei	42,9
	in KG	50,0

KSG Ressourcen

■ Eigene Finanzierung	7,1 %
■ Literaturbudget	3,6 %
■ Weiterbildungsmöglichkeit	78,6 %
■ Eigene KSG Stellen	0,0 %
■ KSG bildet fort	78,6 %



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK

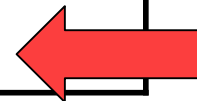
Kann die Aufdeckung von Gewalt am Kind
mittel KSG verbessert werden ?

Entdeckungshäufigkeit von Gewalt am Kind am Beispiel der Salzburger KSG

Year	Inpatients Pediatrics & Pediatric Surgery	Number of Children reported to CPT	%	Number of confirmed maltreatment diagnosis	%
1996	5920	28	0,47	18	0,30
1997	6411	48	0,75	28	0,44
1998	6671	59	0,88	31	0,46
1999	6693	52	0,78	31	0,46
2000	6965	51	0,73	31	0,45
2001	7098	48	0,68	36	0,51

Child abuse seen in emergency rooms (Pless 1987)

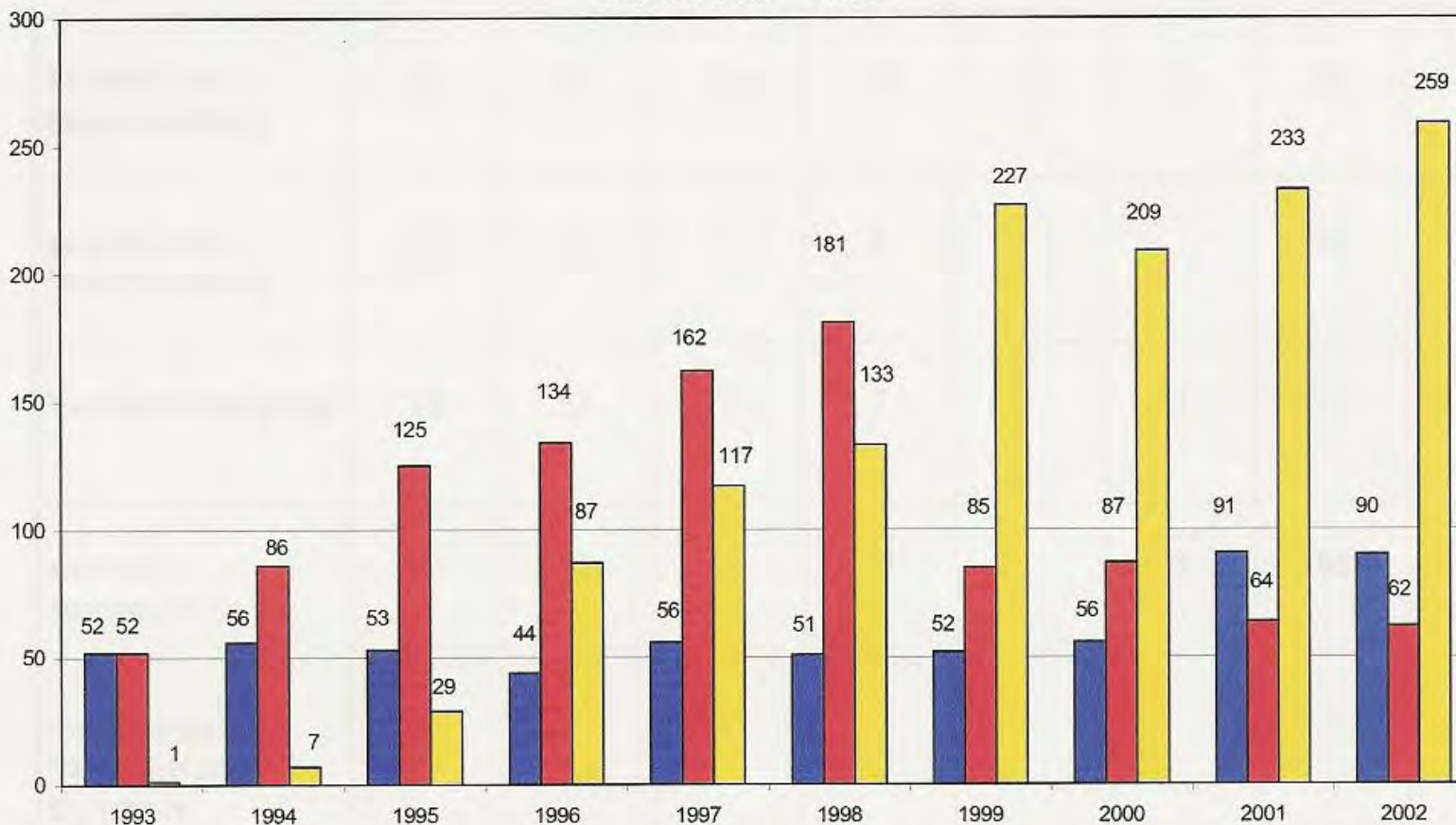
Year	Rate / 100
1975	0,6
1976	0,7
1977	1,2
1978	1,1
1979	0,6
1980	0,8
1981	0,8
1982	0,8
1983	0,9
1984	1,1
1985	1,4



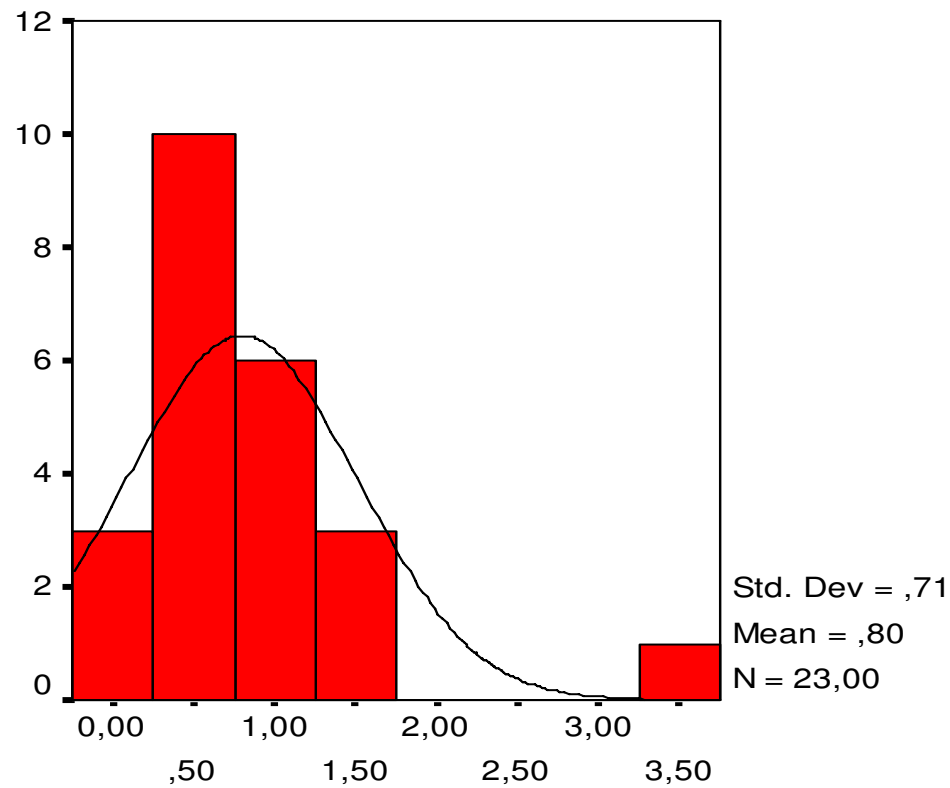
Intervention



Fälle von (Verdacht auf) Kindsmisshandlung im Kinderspital Zürich 1993 - 2002



Bei ca.5000 Aufnahmen/Jahr Entdeckungshäufigkeit von 1.0 – 1.2 %



Ergebnisse der
Befragung
der österreichischen
Kinderschutzgruppen
2003
n=28

Relative Häufigkeit der Meldung an KSG in %

L.Thun-Hohenstein 2005

Ergebnis der Beurteilung durch die KSG/SBG n=286

	%	internat.
■ Körperliche Misshandlung	26.9	31-55 %
■ Sexueller Missbrauch	14.0	11-22 %
■ Vernachlässigung	17.5	25-65 %
■ Münchhausen by proxy	2.4	-
■ Nicht bestätigt	17.5	25,0 %
■ Offen geblieben	21.7	24,5 %

Ergebnisse der KSG Arbeit/SBG Massnahmen (n=286)

	n	%
■ Interne Massnahme	53	18,5
■ Externe Massnahme	126	44,0
■ Meldung ans Jugendamt	179	63,0
■ Rechtliche Massnahmen	86	30,2
■ ohne Massnahme	104	36,4

Im Durchschnitt 2,4 Massnahmen / Kind !!!



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK



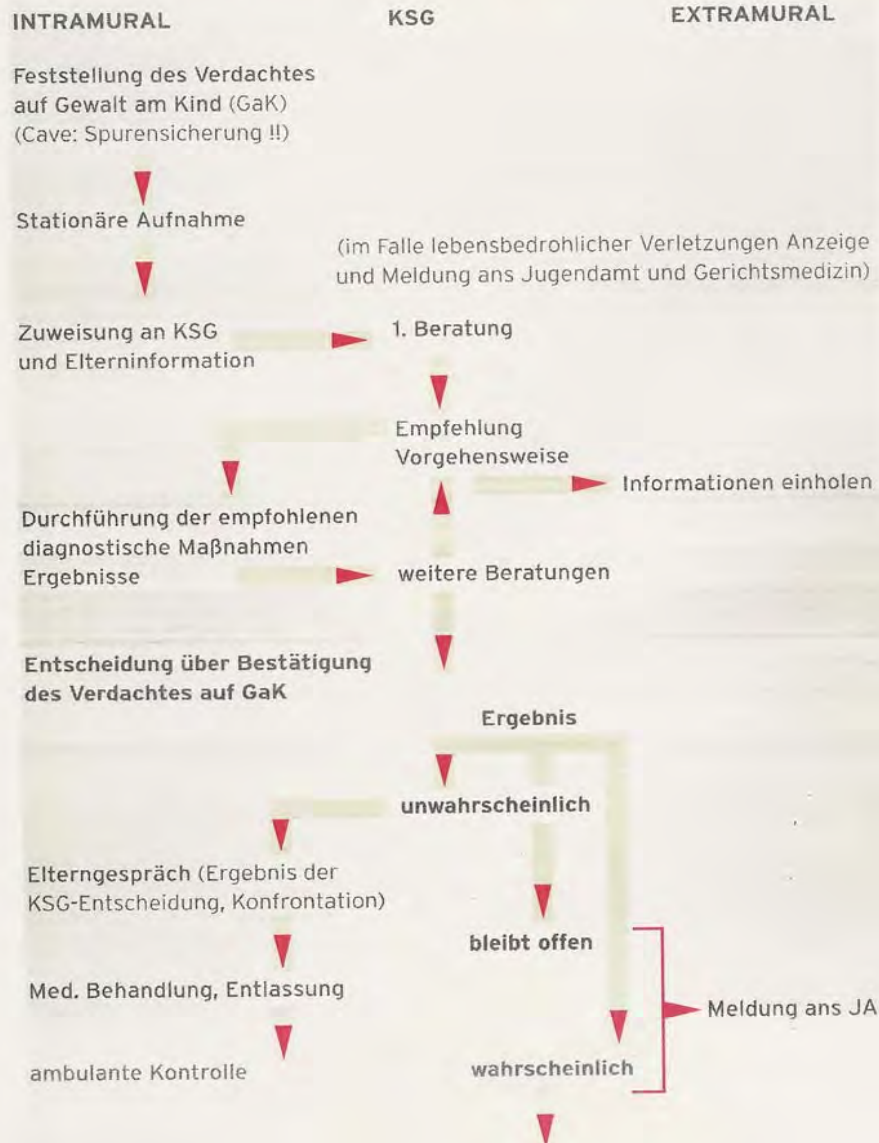
Die
Kinderschutzgruppe

- StationsärztIn schreibt standardisierte Zuweisung
- StationsärztIn + Stationsschwester nehmen an nächster KSG-Sitzung teil

- Gemeinsame Einschätzung der Situation und Feststellung ob Vd. auf Gewalt am Kind besteht
- Gemeinsame Planung des weiteren Vorgehens

- Vernetzung mit nachsorgenden Stellen: Jugendamt, Kinderschutzzentrum etc.
- Umsetzung durch Station mit Unterstützung der KSG
- Dokumentation
- Abschlussbefund der KSG an Station und in KG

Algorithmus: Vorgehen der Kinderschutzgruppe



- Aufnahme eines knapp 4 Monate alten Knaben an der Kinderchirurgie
- Aufnahmegrund: **unstillbares Schreien**
- Nach primärer kinderchirurgischer Untersuchung an Abt.Kinder+Jugendheilkunde verlegt

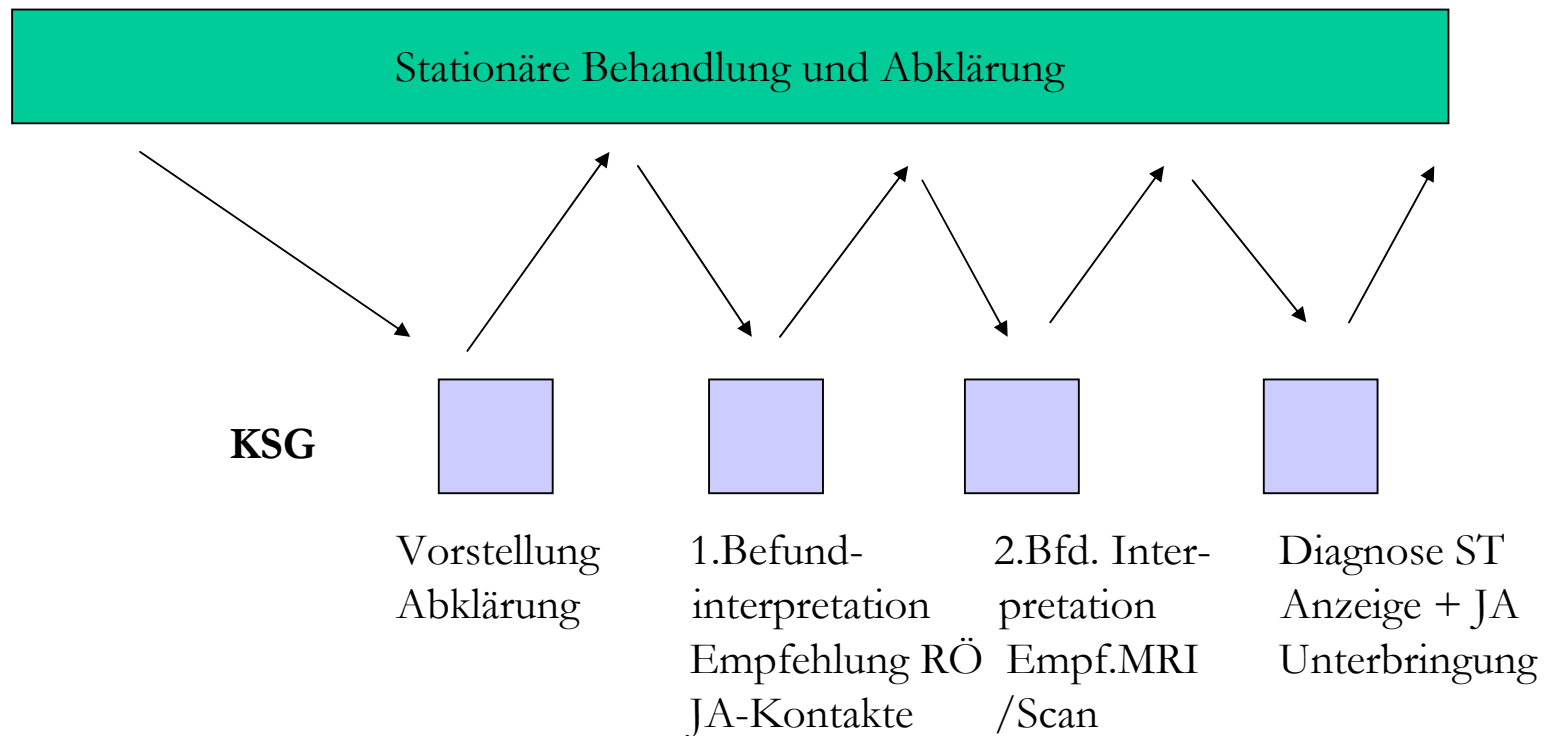
- Aufnahmezustatus: guter AEZ; Gew 5220, Lg 56,6, KU 38,4 (alles 10.P.); interner Status unauffällig bis auf ein am Rücken paravertebral gelegenes, strichförmiges, vertikal verlaufendes ca.3 cm langes, älteres Hämatom.

Anamnese

- August 03: Frühgeburt in der 34.SSW, 2.Zwilling;
GG 1700 g, GL 41 cm (beides ca.10%); APGAR 6/7/9,
- Befund: intraventrikuläre Blutung II;

- 16.11.2003 fand die Mutter den Zwilling Bruder tot in seinem Bett.
 - Obduktionsbericht: „kein Anhaltspunkt für vorbestehende körperliche Leiden, die den Todeseintritt erklären könnten“ „Annahme... plötzlicher Kindstod“;
 - Im selben Bericht: Beschreibung älterer Rippenbrüche

Zusammenspiel KSG und Station



Zusammenfassende Beurteilung

- erhöhtes SIDS (Plötzlicher Kindstod) Risiko
- zentrale Koordinationsstörung b. St.p.FG + Zeichen geringer Enzephalopathie
- deutlich inadäquate Eltern-Kind-Interaktion
- ausgeprägte psycho-soziale Belastungen
- **exzessives Scheien (anamn.)**
- **leichtes Schütteltrauma**
- unklare Todesursache des Zwillings bei unerklärbaren Umständen mit Misshandlungszeichen

Massnahmen

- „Gefahr in Verzug“ und Obsorgeübernahme durch das Jugendamt
- Anzeige
- Unterbringung in Pflegefamilie
- Entwicklungsfördernde Therapie (Ergotherapie)

- Weitere Entwicklung ????? Keine Information !

- Adoleszentes, übergewichtiges, 15 Jahre altes Mädchen kommt an KJP zur Aufnahme mit Suizidversuch, selbstverletzendem Verhalten und Alkoholintoxikation
- Einzelkind, Mutter an Drogenkrankheit verstorben; zu Vater besteht sporadischer Kontakt; Aufwachsen bei Großeltern
- Diagnose: selbstverletzendes Verhalten, Alkohol- und Cannabisabusus; massive posttraumatische Belastungsstörung; anfangs Trauma unbekannt;
- Verlauf : im Verlauf der monatelangen stationären Therapie erzählt das Mädchen vom wiederholten Missbrauch durch den Großvater.
- Keine körperlichen Befunde bez. Sexuellen Missbrauch

Konsequenzen ?

- Meldung beim Jugendamt ✓
- Konfrontationsgespräch mit Jugendamt ✓
- Mädchen möchte trotz der Offenlegung keine Anzeige erstatten
- Anzeige(pflicht) durch uns ? Beweisbarkeit ? Aufschub ????



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK



Problemfelder der
Kinderschutzgruppenarbeit

■ Erfassung

- Bereitschaft der Abteilungsleiter sich dieses Themas anzunehmen und damit Zeit und Ressourcen zur Verfügung zu stellen
- Bereitschaft der KollegInnen (Ärzte, Pflege) an Misshandlung/Missbrauch als Differentialdiagnose zu denken
- Bereitschaft der KollegInnen Vernachlässigung und emotionale Gewalt als Gewalt am Kind zu verstehen
- Bereitschaft bei Verdacht mit der Kinderschutzgruppe zu kooperieren, „*alles was ich selbst regeln kann, muss ich doch gar nicht melden !*“

■ Diagnostik

- Fehlen allgemein anerkannter Diagnosestandards (v.a. b. SM und EG)
- Anwendung der vorhandenen Standards

Gefahren und Probleme der KSG-Arbeit

- Konfrontation
- Therapiemotivation
- Rechtssache:
 - aus Patient wird „Zeuge“
 - aus Arzt wird „Mitwisser / Ankläger / Zeuge / Beschuldigter“
 - aus Vater/Onkel/Bruder „Ankläger/ Beschuldigter“
 - Aus Mutter „Zeugin / Mitwisserin / Beschuldigte“

- Bei Vorliegen von Nachweisen einer Misshandlung kein Problem
- Bei Fehlen von nachweisbaren Veränderungen durch eine Misshandlung steht die Aussage des Kindes gegen die Aussage des Beschuldigten (in dubio pro reo), das führt häufig zur Niederschlagung von Verfahren (nur ca. 10-15 % der angezeigten Delikte führen zu Verurteilungen)
- Aufschub der Anzeige
 - Was ist Kindeswohl ?
 - Definition im Einzelfall sehr schwierig;
 - häufig erfolgt Herausnahme des Opfers aus der Familie ?
 - Wie überprüft man im Verlauf die Entwicklung des Kindeswohls ?
 - Wann endet der Aufschub ?
 - Zusammenarbeit mit Kinderschutzeinrichtungen
 - Informationsfluss ?
 - Nachkontrolle ?

Gefahren und Probleme der KSG-Arbeit

- Sekundäre Traumatisierung
 - Häufigkeit n.A.Schmitt 1999
 - mittelschwer 23,5 %
 - schwer 11,2 %

- Fehldiagnosen
 - Häufigkeit: 5-10 % aller Gerichtsfälle sind Falschbeschuldigungen (Fegert 1993)

- Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt
 - Im Rahmen der Anamneseerhebung / Diagnostik
 - Im Rahmen des „Gefahr in Verzug“ und Obsorgeübernahme
 - Im Rahmen der Nachkontrolle
 - Allgemeines Problem: Informationsweitergabe

- Zusammenarbeit mit nachsorgenden Kinderschutzeinrichtungen
 - Zusammenarbeit bei Übernahme der Therapie + Begleitung
 - Nachkontrolle
 - Informationsweitergabe

Zusammenfassung

- Kinderschutzgruppen in Kinderspitälern sind eine notwendige und sinnvolle, beratende Einrichtung
- Sie ermöglichen ein verbessertes und häufigeres Erkennen von Gewalt am Kind
- Sie garantieren ein möglichst standardisiertes Vorgehen, das Opfer und Aufdecker gleichermaßen schützt und nützt
- Sie vermitteln Fachwissen i.R. von Weiterbildung
- KSG sind angewiesen auf gute Kooperation mit ÄrztInnen, Pflege und der Jugendwohlfahrt
- Kindeswohl als Kinderrecht
- Zu fordern ist eine besser koordinierte Zusammenarbeit von Medizin, Jugendwohlfahrt, Therapie und Justiz



PARACELSUS
MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT



SA | LK

SALZBURGER LANDESKLINIKEN

CHRISTIAN-DOPPLER-KLINIK

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !