

# Leitlinien und Evidenz

## Neue Entwicklungen im somatischen medizinischen Kinderschutz

Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen führen zu einem erheblichen Ausmaß an individuellem Leid, Kränkungen, unter Umständen zu schwersten seelischen Schädigungen und deutlich beeinträchtigten individuellen Lebensläufen. Sie haben weitreichende Auswirkungen auf die physische, psychische und emotionale Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Somit haben sie eine hohe gesellschaftliche Bedeutung und führen zu beträchtlichen ökonomischen Folgekosten. Nicht nur die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu diagnostizieren und ihren Schutz und die Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern [1]. Dennoch ist auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen die Konfrontation mit Gewalt an Kindern und Jugendlichen ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema, da sie ihre Rolle nicht selten als Gratwanderung zwischen einer Unter- und Überdiagnose empfinden. Professionelles Handeln bedeutet somit eine hohe Verantwortung und erfordert fachlich solides, fundiertes Wissen und die Kenntnis von Handlungspfaden und Interventionsmöglichkeiten sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen. Aufgrund der Komplexität der meisten Fälle ist eine multiprofessionelle Kooperation unabdingbar [2].

In Deutschland wurden von der klinischen Pädiatrie die wissenschaftliche

Forschung und die Lehre somatischer Befunde bislang nur marginal wahrgenommen und vorwiegend von engagierten Rechtsmedizinerinnen betrieben. Deren konsiliarische Beteiligung an möglichen Kinderschutzfällen erfordert jedoch zunächst einen begründeten Verdacht. Kinder- und Jugendärzte, (Kinder-)Chirurgen und Allgemeinmediziner sind ungleich häufiger – und nicht selten ohne rechtsmedizinischen Beistand – mit verletzten Kindern konfrontiert. Daher müssen sich auch diese Fachgruppen mit den Grundlagen einer klinischen „Misshandlungsmedizin“ beschäftigen [3].

Hierfür spielen die fachlichen Grundlagen der Diagnosestellung gerade im somatischen Bereich eine erhebliche Rolle, da sich erst daraus die nötige Sicherheit im Umgang, bei Interventionen und hinsichtlich juristischer Fragestellungen ergeben. Wie in anderen medizinischen Bereichen spielen hier neben der entsprechenden Fachliteratur auch Leitlinien eine wichtige Rolle. Während sich beides seit den späten 1980er- und frühen 1990er-Jahren im angloamerikanischen Raum auf breiter Front entwickelte, war die Entwicklung in Deutschland deutlich verzögert.

Im Folgenden sollen neben der Bestandsaufnahme und der Entwicklung medizinischer Leitlinien im Kinderschutz auch die Frage der diesbezüglichen Evidenz thematisiert werden sowie schlaglichtartig die Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz der letzten Jahre skizziert werden.

### Medizinischer Kinderschutz – historische und aktuelle Entwicklungen

Medizinischer Kinderschutz bedeutet jegliche Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im Gesundheitswesen. Abhängig von der Art der vorliegenden möglichen Misshandlung befassen sich unterschiedliche (kinder)medizinische Berufsgruppen mit unterschiedlicher Expertise und damit unterschiedlichen fachspezifischen Möglichkeiten mit der Thematik. Daher ist medizinischer Kinderschutz nicht nur einer Berufsgruppe zuzuordnen.

Im Folgenden soll nun die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes bis zum heutigen Stand der Dinge unter folgenden Punkten näher beleuchtet werden: Historisches, Aus- und Weiterbildung, Fachliteratur, Kinderschutzgruppen, Wissenschaft sowie Gremien und Fachgesellschaften.

#### Historisches

1857 beschrieb und deutete der französische Pathologe und Rechtsmediziner Ambroise Tardieu erstmals ausführlich Verletzungsmuster bei Kindern als Folge von sexuellen und körperlichen Misshandlungen durch Erwachsene. 1896 veröffentlichte Sigmund Freud die Abhandlung zur Hysterie, in der er als Ursache psychischer Störungen seiner Patientinnen sexuellen Missbrauch annahm. 1946 befasste sich der New Yorker Kinderradiologe John Caffey mit multiplen

Knochenbrüchen „ungeklärter Ursache“. Als Pionier und Begründer des modernen Kinderschutzes hielt der deutschstämmige Pädiater C. Henry Kempe 1961 den Vortrag „The Battered Child Syndrom“, ein Jahr später erfolgte die Veröffentlichung des gleichnamigen Artikels. Dies war der Beginn der zunehmenden Akzeptanz dieses Themas in der Medizin sowie der multiprofessionellen Orientierung im Kinderschutz. 1968 erschien das erste medizinische Lehrbuch von Helfer und Kempe zum Thema. 1971 veröffentlichten der britische Neurochirurg Norman Guthkelch und erneut Caffey Fallberichte und die Theorie zum Shaken-Baby-Syndrom. Seit 1974 besteht in allen US-Staaten die Meldepflicht von Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung, 1977 prägte der englische Kinderarzt Roy Meadow den Begriff „Munchausen by Proxy“. Mit Ende der 1970er-Jahre begann die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit sexuellem Kindesmissbrauch in den USA. In den 1970er-Jahren wurde in den Niederlanden das Vertrauensarztssystem eingeführt [3].

Seit den 1980er-Jahren gab es auch in der deutschen Kindermedizin erste Bemühungen, Kinderschutz als ärztliches Thema wahrzunehmen. Es wurden ärztliche Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen gegründet. Kindesmisshandlung war ein Hauptthema der DGKJ<sup>1</sup>-Jahrestagung in Frankfurt 1985. 1986 erschien eine Serie von Artikeln in der „Monatsschrift Kinderheilkunde“, 1992 erste Leitlinien der Bundesärztekammer. Dennoch blieben diese Initiativen bis dahin vorwiegend an einzelne engagierte Personen gebunden. Ab Ende der 1990er-Jahre wurde nach Hamburger Vorbild in allen Bundesländern ein sogenannter „Gewaltleitfaden für Kinderarztpraxen“ herausgegeben.

### Aus- und Weiterbildung

Während das US-amerikanische Board of Pediatrics 2006 den „Child Abuse Pediatrician“ als neue Schwerpunktbezeichnung zugelassen hat [6], fehlen im Gegensatz dazu in Deutschland Ausbil-

dungsangebote zum medizinischen Kinderschutz. Weder im Gegenstandskatalog für das Medizinstudium noch in den Weiterbildungsordnungen für Kinder- und Jugendärzte, Kinderchirurgen, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen und Kinderradiologen ist dieser Themenbereich aufgeführt, wohl aber in der Rechtsmedizin. Als erstes und bisher einziges strukturiertes Ausbildungsangebot für medizinische Diagnostik und Intervention wurde im Jahre 2003 die seitdem jährlich stattfindende Kasseler Fortbildung der heutigen Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI, <http://www.dgfpi.de>) etabliert.

### Fachliteratur

1968 erschien das erste medizinische Fachbuch „The Battered Child“ von Helfer und Kempe. Erst 40 Jahre danach erschien 2008 im Springer Medizin-Verlag das erste deutsche medizinische Fachbuch, das seit Februar 2010 bereits in einer überarbeiteten Neuauflage vorliegt [3]. Kurz danach wurde ein weiteres medizinisches Handbuch zum Thema herausgegeben [11].

### Kinderschutzgruppen in Kliniken

Kinderschutzgruppen (KSG) sind interdisziplinäre Teams mit dem Ziel eines strukturierten innerklinischen Kinderschutzes. Mitglieder der KSG sind in der Regel nicht nur Ärzte (Allgemein-, Sozial- oder Neuropädiatrie, Kinderchirurgie oder Kinder-/Jugendpsychiatrie), sondern auch der Sozialdienst, die Pflege und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Nachdem KSG sich seit den 1980er- und 1990er-Jahren in der Schweiz (Zürich 1969) und Österreich bildeten, erfolgten erste Gründungen in Deutschland ab 2003 (Kassel). Mittlerweile existieren sie in etwa 20 Kinderkliniken (von etwa 340 Kinderkliniken in Deutschland). Innovative Konzepte zur Etablierung der KSG-Arbeit an Großkliniken (Bonn) haben zur Entwicklung strukturierter Abläufe in Form klinischer Pfade beigetragen (kinderschutzgruppe.de) oder die Zusammenarbeit mit der

Jugendhilfe strukturiert (Hannover). In Österreich sind KSG inzwischen an jeder Kinderklinik gesetzlich vorgeschrieben und auch in der Schweiz an der Mehrzahl der Kinderkliniken etabliert. Es liegen dort detaillierte und strukturierte Konzepte zum Kinderschutz im Gesundheitswesen vor. Für Deutschland ist eine entsprechende Empfehlung der DAKJ<sup>3</sup> in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM, s. unten) in Vorbereitung. Neben einer qualitativen Verbesserung im Kinderschutz führen KSG auch zur emotionalen Entlastung des mit Misshandlungsfällen befassten Arztes [7, 8, 9, 10].

### Wissenschaft

2002 und 2008 erschienen Schwerpunkthefte zur Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in der „Monatsschrift Kinderheilkunde“, 2005 eine entsprechende Serie in der Zeitschrift des Kinderärzterberufsverbandes „Kinder- und Jugendarzt“. Bislang war jedoch das Thema Kindesmisshandlung in klinisch wissenschaftlichen Studien ausgeklammert. Von 2006 bis 2009 wurde die erste bundesweite prospektive Studie zum Schütteltrauma über die wissenschaftliche Forschungsstelle ESPED<sup>2</sup> durchgeführt, und es wurde durch monatliche Befragung aller deutschen Kinderkliniken über 300 Fälle erfasst (<http://www.kindesmisshandlung.de>).

### Gremien und Fachgesellschaften

Dass der Zug des deutschen medizinischen Kinderschutzes langsam an Fahrt gewinnt, zeigt sich auch an der Gründung von Gremien und Fachgesellschaften. 2008 wurde in Kassel die wissenschaftliche „Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin“ (AG KiM, <http://www.ag-kim.de>) mit mittlerweile über 90 Mitgliedern gegründet. Ihr Ziel ist es, Praktikern im medizinischen Kinderschutz ein Forum für fachliche Diskussionen zu bieten, die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die Entwicklung fachlicher Standards und In-

<sup>1</sup> DGKJ: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

<sup>2</sup> ESPED: Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland.

terventionsformen zu fördern. Gleichzeitig konstituierte sich die „Kommission Kinderschutz der DAKJ“<sup>3</sup> (dakj.de) mit dem Ziel der Schaffung von Standards und Strukturen im medizinischen Kinderschutz.

In der Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Thema Kinderschutz seit Längerem verankert. In der „Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin“ (DGR) gibt es zwei entsprechende Arbeitsgruppen. Die „Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie“ engagiert sich in entsprechenden Aus- und Fortbildungsangeboten auch hinsichtlich der Diagnostik bei sexuellem Missbrauch.

Im Bereich der primären Prävention sind die zahlreichen vielversprechenden Initiativen zu Frühen Hilfen und sozialen Frühwarnsystemen anzusiedeln (siehe weitere Artikel in diesem Heft und Nationales Zentrum Frühe Hilfen, <http://www.fruehehilfen.de>).

### Evidenz und Leitlinien im medizinischen Kinderschutz

„When we intervene in the lives of others we should do so on the basis of the best evidence available regarding the likely consequences of that intervention.“ (Geraldine MacDonald, 1998 [12])

Wie in allen medizinischen Bereichen stellt sich auch im Kinderschutz, insbesondere bei der Erstellung von Leitlinien, die Frage nach der bestmöglichen Evidenz. Das zentrale Anliegen der evidenzbasierten Medizin (EbM) ist „die systematische Einbeziehung externer wissenschaftlicher Erkenntnisse bei individuellen Entscheidungen für bzw. mit einem Patienten“ [13, 14]. Das bedeutet, dass bei jeder medizinischen Behandlung oder Intervention patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden.

Dies stößt im Bereich Kindesmisshandlung und -vernachlässigung auf verschiedene methodische Probleme. Es handelt sich zunächst um keine rein medizinische Diagnose, sondern um weit-

reichende Interaktionsstörungen mit vielfältigen medizinischen, psychischen, emotionalen, sozialen und juristischen Aspekten. Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen entstehen als soziales, zwischenmenschliches Problem, haben aber für die betroffenen Kinder und Jugendlichen oft schwerwiegende gesundheitliche, seelische sowie körperliche Folgen. Die Ursachen beruhen auf Beziehungsstörungen beziehungsweise auf einer Dysfunktion im System der Eltern-Kind-Beziehung. Kindesmisshandlung ist selten ein isoliertes Ereignis, sondern meist eine chronische Situation, die zu Entwicklungsstörungen im Kindesalter führt. Emotionale Vernachlässigung und frühkindliche Deprivation von Säuglingen und Kleinkindern haben vermutlich die schwerwiegendsten psychosozialen Folgen, auch wenn sich diese Folgen nur bedingt aus definierten justiziablen Handlungen oder Unterlassungen ableiten lassen [5].

Als kleinster gemeinsamer Nenner kann als klares Ziel jeglicher Intervention der Schutz eines Kindes oder Jugendlichen vor (weiterer) Gewalt und Vernachlässigung formuliert werden. Auf welcher Evidenz die Diagnose gestellt wird und inwieweit die ergriffenen Maßnahmen zielführend sind, ist erheblich schwieriger zu beantworten. Für den Großteil akzeptierter, populärer und praktizierter Maßnahmen im Kinderschutz gibt es keine systematisch untersuchte Evidenz oder sogar Hinweise auf mangelnde Wirksamkeit in der praktizierten Form, wie beispielsweise über präventive Heimbereitschaftsprogramme [15].

Die „Cochrane Collaboration and Library“ (<http://www.cochrane.org>) als internationales, an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin orientiertes Netzwerk und primäre Quelle systematischer Übersichtsarbeiten (systematic reviews) hält nur eine begrenzte Zahl an Übersichten unter dem Stichwort „Child Abuse (and Neglect)“ bereit. Diese beziehen sich auf schulbasierte Präventionsprogramme [16], therapeutische Elternschulungen [17], kognitive Verhaltensprogramme [18] und Fremdplatzierung von Gewaltopfern in Verwandtenfamilien [19].

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1173–1179  
DOI 10.1007/s00103-010-1146-4  
© Springer-Verlag 2010

### B. Herrmann · A.-K. Eydam Leitlinien und Evidenz. Neue Entwicklungen im somatischen medizinischen Kinderschutz

#### Zusammenfassung

Medizinischer Kinderschutz beschreibt verschiedene Arten der Einbeziehung von Ärzten in den Umgang mit Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die historischen und aktuellen Entwicklungen des medizinischen Kinderschutzes. Für die fachliche Auseinandersetzung ist es erforderlich, folgende Fragen zu stellen: Gibt es Evidenz insbesondere bei den diagnostischen Kriterien? Inwieweit kann die Erstellung von Leitlinien im Kinderschutz den klassischen methodischen Kriterien evidenzbasierter Medizin genügen?

#### Schlüsselwörter

Medizinischer Kinderschutz · Kindesmisshandlung und -vernachlässigung · Diagnostische Kriterien · Evidenzbasierte Medizin · Kinderschutz-Leitlinien

### Guidelines and evidence. Recent developments in medical child protection

#### Abstract

Medical child protection comprises different types of involvement of physicians in order to protect children and adolescents from abuse and neglect. This review gives an overview of historical and recent developments in medical child protection. The professional foundation of medical involvement in this field requires a debate on the following questions: Is there evidence for the diagnostic criteria of child abuse and neglect? How far are the principles of evidence-based medicine applicable to the development of guidelines in child protection?

#### Keywords

Child welfare · Child abuse · Diagnosis · Evidence-based medicine · Child protection guidelines

<sup>3</sup> DAKJ: Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin.

**Tab. 1** Systematische Literatursuche der Welsh Child Protection Systematic Review Group

Review	Erstellt/letzter Update	Analyzierte/inkludierte Studien	Kernaussage hinsichtlich Misshandlungswahrscheinlichkeit	Resultierende Publikationen
<b>Bruising Review</b>	2005/2009			Maguire et al. 2005a [30]
Hämatommuster		181/34	Signifikante Hinweise	Maguire et al. 2005b [31]
Hämatomalterbestimmung		181/3	Keine Evidenz	
<b>Fractures Review</b>	2005/2009	464/83	Alter <18 Monate signifikant	Kemp et al. 2006 [32], 2008 [32]
– Rippen		464/11	Multiple Frakturen signifikant Hohe Spezifität	Maguire et al. 2006 [34]
– Femur		464/19	Geringes Alter/prämobil signifikant	Prosser et al. 2005 [35]
– Humerus		464/11	Keine valide Aussage	
– Schädel		464/12	Signifikant häufiger bei Säuglingen	
– Metaphysen		464/11	Signifikant häufiger (vor allem bei Tötung)	
– Andere		464/4	Signifikant für Wirbelkörper, Becken, Hände, Füße, Sternum	
<b>Oral Injuries Review</b>	2006/2009			Maguire et al. 2007 [36]
Gerissenes Lippen-/Zungenbändchen		165/18	Keine Evidenz	
Andere orale Verletzungen		166/16	Lippen am häufigsten betroffen Intraoral verdächtig	
<b>Bites Review</b>	2005/2008	165/5	Typische Morphologie, Einbeziehung forensischer Odontologe empfohlen	Kemp et al. 2006 [37]
<b>Burns Review</b>	2005/2008			Maguire et al. 2008 [38]
Differenzialdiagnosen		275/29	Multiple DD berücksichtigen	
DD akzidentelle versus Misshandlungs-Verbrühungen		275/30	Signifikante Unterschiede identifizierbar (tabellarische Differenzierungshilfe publiziert)	
Trockene Misshandlungs-Verbrennungen		275/30	Spezifische Muster/Formung signifikant	
<b>Neurological Injuries Review</b>	2009		CCT erste Wahl bei instabilem Kind	Kemp et al. 2009 [39]
MRT bei pathologischem CT?		320/7	Signifikant verbesserte Aussage	Maguire et al. 2009 [40]
MRT bei normalem CT?		320/3	Keine Evidenz	
Bedeutung der Diffusionswichtung?		320/4	Möglicher diagnostischer Gewinn	
Bedeutung Echoenzephalographie?		320/3	Als primäre und alleinige Diagnostik kontraindiziert	
Spinal Injuries Review	2009	780/19	Screening auf spinale Verletzungen bei jungen Misshandlungsoffern und bei Kopfverletzungen indiziert	Kemp et al. 2009 [41]

Ein methodisches Problem der Evidenz im medizinischen Kinderschutz besteht hinsichtlich der fachlichen Multiprofessionalität, die im Umgang und in der Intervention weitgehend akzeptiertes Konzept ist. Darüber hinausgehend sind allerdings auch die fachlichen Grundlagen der medizinisch-somatischen Diagnostik über eine breite Vielfalt an medizinischen Fachgruppen und Subspezialitäten und den entsprechenden Publikationen verteilt [Pädiater, (Kinder-)Chirurgie, (Kinder-)Radiologie, (Kinder-)Gynäkologie, Allgemeinmedizin und andere]. Die fachliche Aktualität und das Erfassen der relevanten Publikationen ist somit schon rein innermedizinisch methodisch eine erhebliche Herausforderung.

Nach Einschätzung der Autoren eine unentbehrliche Quelle, um die relevante

und über eine Vielzahl von Zeitschriften verstreute Literatur zu überblicken, ist das seit 1993 vierteljährlich erscheinende „The Quarterly Update – Reviews of current child abuse medical research“ [20]. Von einer Gruppe angesehener medizinischer Misshandlungsexperten um Robert Reece werden etwa 1000 relevante Zeitschriften mit Blick auf Artikel zur Thematik geprüft und etwa 40 bis 50 Artikel pro Ausgabe besprochen sowie hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Relevanz kommentiert.

Die vermutlich umfassendste evidenzbasierte, systematische Analyse der somatischen Misshandlungsliteratur erfolgt durch die „Welsh Child Protection Systematic Review Group“, eine Kollaboration verschiedener britischer medizinischer Fachgesellschaften, Kinderschutzorganisationen und der Cardiff

University. Seit etwa fünf Jahren wurden unter verschiedenen Fragestellungen von einer Forschergruppe um Alison Kemp etwa 1400 Studien ausgewertet, von denen etwa 200 inkludiert wurden. Daraus ergaben sich fachliche Stellungnahmen hinsichtlich Frakturen, Hämatomen, Bissverletzungen, Verbrennungen, oralen und neurologischen Verletzungen bei Kindesmisshandlungen sowie eine Reihe von Veröffentlichungen (<http://www.core-info.cardiff.ac.uk/index.html>). Diese haben einige Aspekte der bisherigen Lehrmeinung bestätigt (zum Beispiel die hohe Spezifität von Rippenfrakturen für eine Misshandlungswahrscheinlichkeit), für etliche nur begrenzte Evidenz gefunden und andere stark relativiert (zum Beispiel die geringe Spezifität von Verletzungen der Lippenbändchen oder die

**Tab. 2 Internationale medizinische Kinderschutz - Leitlinien**

<b>AAP</b> (American Academy of Pediatrics) <a href="http://www.aap.org">http://www.aap.org</a> Child Fatality Review Child Abuse, Confidentiality, and the Health Insurance Portability and Accountability Act (2010) Diagnostic imaging of child abuse (2009) Abusive Head Trauma in Infants and Children (2009) The Evaluation of Sexual Behaviors of Children (2009) Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse (2008) Maltreatment of Children with Disabilities (2007) Recognizing and Responding to Medical Neglect (2007) Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting (2007) Evaluation of Suspected Child Physical Abuse (2007) Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome from Child Abuse Fatalities (2006) Evaluating Infants and Young Children with Multiple Fractures (2006) When is Lack of Supervision Neglect? (2006) Evaluation of Sexual Abuse in Children (2005) Failure to Thrive as a Manifestation of Child Abuse (2005) Forgoing Life-Sustaining Medical Treatment in Abused Children (2006)	Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect (2005) Psychological Maltreatment of Children (2005) Role of Pediatrician in Recognizing and Intervening on Behalf of Abused Women (1998, under revision) <b>ABFO</b> (American Board of Forensic Odontology) <a href="http://www.abfo.org">http://www.abfo.org</a> Bitemark Methodology Guidelines (2006) <b>ACR</b> (American College of Radiology) <a href="http://www.acr.org">http://www.acr.org</a> Expert Panel on Pediatric Imaging. Suspected physical abuse – child. (2005) ACR Practice Guideline for Skeletal Surveys in Children. 2006 <b>AMA</b> (Australian Medical Association) <a href="http://www.ama.com.au">http://www.ama.com.au</a> Position statement: Child abuse and Neglect (2005) <b>Ministry of Health</b> (New Zealand) <a href="http://www.moh.govt.nz/moh.nsf">http://www.moh.govt.nz/moh.nsf</a> Suspected child abuse and neglect – Recommended referral process for General Practitioners (2001)	<b>RCPCH</b> (Royal College of Paediatrics and Child Health) <a href="http://www.rcpch.ac.uk">http://www.rcpch.ac.uk</a> Child Protection Companion (2006) <b>BSPR</b> (British Society of Paediatric Radiology) <a href="http://www.bspr.org.uk">http://www.bspr.org.uk</a> NAI (Non Accidental Injury)- Standard for Skeletal Surveys. <b>RCPCH</b> (Royal College of Paediatrics and Child Health)/ <b>RCR</b> (Royal College of Radiologists) <a href="http://www.rcr.ac.uk">http://www.rcr.ac.uk</a> Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury (2008) <b>RCPCH</b> (Royal College of Paediatrics and Child Health)/ <b>AFP</b> (Association of Forensic Physicians) <a href="http://www.rcr.ac.uk">http://www.rcr.ac.uk</a> , <a href="http://www.afpweb.org.uk">http://www.afpweb.org.uk</a> Guidance on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse (2004) <b>CPS</b> et al. (Canadian Paediatric Society) <a href="http://www.cps.ca">http://www.cps.ca</a> Multidisciplinary Guidelines on the Identification, Investigation and Management of Suspected Abusive Head Trauma (2007) Sexual abuse of adolescents with chronic conditions (2007) Canadian guidelines on sexually transmitted infections: sexual abuse in peripubertal and prepubertal children (2008) Ethical approach to genital examination in children (2009)
--	--	--

zeitliche Einordnung des Hämatomalters). Eine Übersicht über die bislang durchgeführten systematischen Literaturanalysen und deren Kernaussagen gibt **Tab. 1**.

In einem Kommentar im *British Medical Journal* schätzt Chadwick 2004 die wissenschaftliche Evidenz für medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung als „robust“ ein und bezieht sich auf über 16.000 Literaturstellen bei Medline (eine Eingabe 2010 ergibt knapp 29.000 Fundstellen) [21]. Sibert et al. als Mitglieder der oben genannten Welsh Child Protection Systematic Review Group relativieren diese Sicht und bemängeln bei vielen Arbeiten deutliche methodische Einschränkungen. Für akzeptierte Lehrmeinungen sei teilweise die wissenschaftliche Basis beschränkt, es ergäben sich Probleme durch unterschiedliche Definitionen von Misshandlung und durch mangelnde Vergleichbarkeit der Studien. Ein wesentliches Problem stelle der fehlende Goldstandard dar, sodass in vielen Fällen eine Misshandlungsdiagno-

se aufgrund fehlender Plausibilität beziehungsweise aufgrund der Einschätzung eines multiprofessionellen Kinderschutzteams erfolge. Dies berge die Gefahr von Zirkelschlüssen [22]: So kann die Diagnose einer Misshandlung aufgrund aktuell akzeptierter Kriterien getroffen werden, die dann beispielsweise zu einer gerichtlichen Verurteilung führt. Bei einer späteren Betrachtung wird die gerichtliche Verurteilung wiederum als Kriterium für die Gültigkeit der Diagnose und der angewandten diagnostischen Kriterien gewertet. Dies ist ein methodischer Vorwurf, der beispielsweise einer viel zitierten Arbeit von Adams gemacht wurde [23].

Die wissenschaftliche evidenzbasierte Betrachtung der Studienlage bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung krankt daran, dass an die Thematik kaum klassische Evidenzkriterien angelegt werden können: Randomisierte, kontrollierte Studien sind aufgrund fehlenden Konsenses und fehlender Kontrollgruppen für diagnostische Zwecke nicht möglich und in der Konzeption

schlicht unethisch. Möglich wären sie hinsichtlich therapeutischer Modalitäten [24] oder zur Frage, ob Präventionsprogramme effektiv sind [15]. Kohortenstudien, Fallkontrollstudien sowie Kasuistiken haben jeweils Schwächen und Stärken hinsichtlich der wissenschaftlichen Aussagekraft. Deren differenzierte Betrachtung geht über den Umfang dieser Arbeit hinaus. Generell müssen unterschiedliche Methoden kritisch gesichtet und systematisch analysiert werden, um die bestmögliche Evidenz für den medizinischen Kinderschutz zu extrahieren und in Leitlinienempfehlungen umzusetzen [22, 25].

### Was sind medizinische Leitlinien?

Leitlinien der medizinischen Versorgung (Clinical Practice Guidelines) sind systematisch entwickelte Aussagen mit dem Ziel, die Entscheidungen von Ärzten und Patienten über eine angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Situationen zu unterstützen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen

**Infobox 1 Internet-Links**

Kindesmisshandlung.de – Medizinische Website mit Guidelines, Fachartikeln, Dokumentationsbögen, Fortbildung u. a. Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) <http://www.ag-kim.de>

Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen (Online Sammlung der Bundesärztekammer) <http://www.arzt.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true>

Kinderschutzgruppe der Universität Bonn <http://www.kinderschutzgruppe.de>

Kinderschutzgruppen in Österreich mit Leitfaden und Dokumentation <http://www.kinderrechte.gv.at/> <http://www.bmwfj.gv.at/familie/gewalt/seiten/kinderschutzgesundheitsberufen.aspx>

Fachgruppe Kinderschutz der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie <http://www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf>

Kinderschutzgruppe Zürich mit Link zu Schweizer Empfehlungen <http://www.kinderschutzgruppe.ch>

Nationales Zentrum frühe Hilfen <http://www.fruehehilfen.de>

Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die „Leitlinien“ sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. In Deutschland sind seit 1995 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) über 900 Leitlinien koordiniert und herausgegeben worden. Für die AWMF sind Behandlungsleitlinien also Instrumente des Wissensmanagements, die Brücken zwischen angewandter klinischer Forschung und der Patientenversorgung im Alltag schlagen ([26, 27], leitlinien.net).

### Medizinische Kinderschutz-Leitlinien

Die ersten Leitlinien für den medizinischen Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung wurden 1985 von der „American Medical Association“ herausgegeben [28]. Die „American Academy of Pediatrics“ (AAP) gründete 1990 eine „Section on Child Abuse and

Neglect (SOCAN)“, die Leitlinien teils in Koordination mit anderen Fachgesellschaften (Radiologie, Rechtsmedizin, Zahnheilkunde, Infektiologie und anderen) publiziert und aktuell 19 differenzierte Leitlinien („Policy Statements“) bereithält (<http://www.aap.org/sections/childabuseneglect/policies.cfm>).

Ebenfalls den Charakter einer Leitlinie hat das differenzierte Adams Klassifikationsschema hinsichtlich anogenitaler Befunde bei möglichem sexuellem Missbrauch [29].

In Kanada gibt es fünf Leitlinien der „Canadian Paediatric Society“ (<http://www.cps.ca/>) beziehungsweise der Canadian Medical Association (<http://www.cmaj.ca>). In Großbritannien sind vier (teils gemeinsame) Leitlinien des „Royal College of Paediatrics and Child Health“ (RCPCH, <http://www.rcpch.ac.uk>), der „British Society of Paediatric Radiology“ (BSPR, <http://www.bspr.org>) und der „Royal College of Radiologists“ (RCR, <http://www.rcr.ac.uk>) erschienen, ebenso ein ausführlicher Handlungsleitfaden. Weitere Leitlinien liegen vom „Royal Australian College of General Practitioners“ (<http://www.racp.edu.au>) und der „New Zealand Guidelines Group“ (<http://www.nzgg.org.nz>) vor.

Europäische Empfehlungen liegen von der „Fachgruppe Kinderschutz“ der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie (<http://www.swiss-paediatrics.org/guidelines/mt-ge.pdf>) und den Kinderschutzgruppen in Österreich (<http://www.kinderrechte.gv.at>) vor. Sie beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Arbeitsweise von Kinderschutzgruppen in Kliniken, die in Österreich gesetzlich verpflichtend sind. Die Existenz weiterer europäischer Leitlinien lässt sich aus einer Medline und Google Recherche derzeit nicht eruieren. Eine Übersicht über internationale Leitlinien gibt **Tab. 2**.

In Deutschland wurden 1992 Stellungnahmen der Bundesärztekammer („Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht“) herausgegeben, deren Rezeption in der Praxis begrenzt blieb. 1999 wurde von der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (DGKJP) erstmals eine S1-AWMF-Leitlinie herausgegeben, mittlerweile in

der 3. Auflage (2007). 2001 folgte die der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin“ (DGSPJ) und der „Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie“, 2002 die der „Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Die beiden Letzteren sind mittlerweile abgelaufen. Die Leitlinie der DGSPJ wurde 2008 mittlerweile zweiteilig auf der Entwicklungsstufe S2 k revidiert (Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention, Teil 2: Somatische Diagnostik) und 2009 von den Gesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und Kinderchirurgie (DGKCh) als gemeinsame fachübergreifende Leitlinien übernommen (leitlinien.net). Die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte unter anderem auf der Grundlage einer Auswertung der letzten 15 Jahre des oben genannten „Quarterly Update“ und unter Einschluss der aktuell vorliegenden systematischen Literaturanalyse der oben genannten Welsh Review Group. Ebenso einbezogen wurden die US-amerikanischen pädiatrischen, radiologischen und odontologischen sowie die drei britischen Leitlinien. Die so gewonnenen Erkenntnisse wurden mit den Mitgliedern der „Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin“ (AG KiM) und dem Vorstand der DGSPJ durch formale Konsensusfindung auf Entwicklungsstufe 2 k beschlossen.

### Fazit

**Auch in Deutschland hat die Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in den letzten Jahren im medizinischen Bereich deutlich zugenommen. Über die traditionell befassten Berufsgruppen der Sozialpädiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Rechtsmediziner hinausgehend, finden sich zunehmend Beiträge auf Kongressen und Veröffentlichungen sowie Gründungen von Gremien und Kinderschutzgruppen (Infobox 1). Aktuelle Fachbücher und neue differenzierte Leitlinien sensibilisieren nicht nur, viel mehr erleichtern sie auch das strukturierte Handeln im medizinischen Kinderschutz.**

**Evidenz im Kinderschutz ist – der Thematik immanent – nur bedingt nach**

den üblichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu erlangen. Dies bedeutet jedoch keineswegs das Fehlen von Evidenz. Höchstmögliche Evidenz und diagnostische Sicherheit lassen sich unter anderem aus den systematischen Literaturlauswertungen der „Welsh Child Protection Systematic Review Group“ erlangen.

Ärzte in Kliniken sind gefordert, ihrer Verantwortung für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt gerecht zu werden. Dazu ist es notwendig, dass jede Klinik, die Kinder medizinisch versorgt, einen fachlichen Standard und ein den lokalen Strukturen angepasstes Vorgehen bei Kindeswohlgefährdungen vorhält. Dies sollte ein strukturiertes, verbindliches und an aktuellen Leitlinien orientiertes Vorgehen mit entsprechender Diagnostik und Dokumentation und die Etablierung einer Kinderschutzgruppe umfassen, wie es die in Kürze erscheinenden Empfehlungen der DAKJ und AG KiM vorsehen. Wirksamer Kinderschutz darf nicht Zufall oder nur an das Engagement einzelner besonders motivierter Personen gebunden sein.

## Korrespondenzadresse

### Dr. B. Herrmann

Kinderklinik, Ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, Gesundheit Nordhessen, Klinikum Kassel GmbH  
Mönchebergstr. 41–43, 34125 Kassel  
Deutschland  
herrmann@klinikum-kassel.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. WHO (2002) World report on violence and health. Genf. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)
2. Cratt A (2007) Working together to protect children: Who should be working with whom? *Arch Dis Child* 92:571–573
3. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen, 2. aktualisierte und erweiterte Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
4. Thyen U (1998) Früherkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung in der kinderärztlichen Praxis – eine berechtigte Forderung? *Sozialpädiatrie* 20:155–159
5. Thyen U, Dörries A (2005) Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. Verstehen oder Ächten, Helfen oder Strafen? *Z Med Ethik* 51:139–151
6. Block RW, Palucci VJ (2006) Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr* 148:711–712
7. Thun-Hohenstein L (2005) Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich. *Wien Med Wochenschr* 155:365–370
8. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2008) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen. Wien. <http://www.kinderrechte.gv.at/home>
9. Fachgruppe Kinderschutz der Schweiz, Gesellschaft für Pädiatrie (2005) Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken. Zürich
10. Bennett S, Plint A, Clifford TJ (2005) Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Arch Dis Child* 90:1112–1116
11. Jacobi G (Hrsg) (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern
12. MacDonald G (1998) Promoting evidence-based practice in child protection. *Clin Child Psychol Psychiatry* 3:71–85
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 312:71–72
14. Lelgemann, Lang B, Kunz R, Antes G (2005) Leitlinien. Was haben Ärzte und Patienten davon. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:215–220
15. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L et al (2004) Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 28:597–622
16. Zwi K, Woolfenden S, Wheeler DM et al (2007) School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 3. Art. No.: CD004380
17. Barlow J, Johnston I, Kendrick D et al (2006) Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 3. Art. No.: CD005463
18. Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P (2006) Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 4. Art. No.: CD001930
19. Winokur M, Holtan A, Valentine D (2009) Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1. Art. No.: CD006546
20. The Quarterly Update – Reviews of current child abuse medical research. North Falmouth, MA
21. Chadwick DL (2006) The evidence base in child protection litigation (Editorial). *BMJ* 333:160–161
22. Sibert J, Maguire SA, Kemp AM (2007) How good is the evidence available in child protection? *Arch Dis Child* 92:107–108
23. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 94:310–317
24. Chaffin M, Friedrich B (2004) Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev* 26:1097–1113
25. Keenan HT, Leventhal JM (2009) The evolution of child abuse research. In: Reece RM, Christian CW (Hrsg) *Child abuse: medical diagnosis and management*, 3. Aufl. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, S 1–18
26. Kopp IB, Encke A, Lorenz W (2002) Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 45:223–233
27. Selbmann H-K, Kopp IB (2006) Leitlinien im Gesundheitswesen: Kompetenzen und Zuständigkeiten der AWMF. *Forum DKG* 5:5–8
28. American Medical Association (1985) *AMA Diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect*. Council on scientific affairs. *JAMA* 254:796–800
29. Adams JA (2008) Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. *Curr Opin Obstet Gynecol* 20:435–441
30. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005) Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 90:182–186
31. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005) Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child* 90:187–189
32. Kemp AM, Butler A, Morris S et al (2006) Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? *Clin Radiol* 61:723–736
33. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S et al (2008) Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 337:a1518
34. Maguire S, Mann M, John M et al and the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2006). Does cardiopulmonary resuscitation cause rib fractures in children? A systematic review. *Child Abuse Negl* 30:739–751
35. Prosser I, Maguire S, Harrison SK et al (2005) for the Welsh Child Protection Systematic Review Group – How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: a systematic review. *AJR* 184:1282–1286
36. Maguire SA, Hunter B, Hunter LM et al (2007) Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and intra-oral injuries. *Arch Dis Child* 92:1113–1117
37. Kemp A, Maguire SA, Sibert J et al (2006) Can we identify abusive bites on children? *Arch Dis Child* 91:951
38. Maguire S, Moynihan S, Mann M et al (2008) A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 34:1072–1081
39. Kemp AM, Rajaram S, Mann M et al (2009) What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. *Clin Radiol* 64:473–483
40. Maguire S, Pickerd N, Farewell D et al (2009) Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child* 94:860–867
41. Kemp A, Joshi A, Mann M et al (2009) What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. *Arch Dis Child Online first* 10.1136/adc.2009.169110