

Monatsschr Kinderheilkd
<https://doi.org/10.1007/s00112-019-0751-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2019

Redaktion

G. Hansen, Hannover
B. Herrmann, Kassel



F. Schwier¹ · P. Manjgo² · M. Kieslich³

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland

² Kinderkrankenhaus St. Marien, Landshut, Deutschland

³ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt, Frankfurt, Deutschland

Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz

Ärzte aller medizinischen Fachdisziplinen und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen können in vielfältiger Form mit Gewalt an und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen konfrontiert sein. Das betrifft sowohl unterschiedliche medizinische Berufsgruppen (Kinder- und Jugendärzte, Kinderchirurgen, Rechtsmediziner ...), unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte (Klinik, Praxis, Institute, öffentlicher Gesundheitsdienst), verschiedene Aspekte des Kinderschutzes (Diagnostik, Intervention, Prävention, Frühe Hilfen), wissenschaftliche Forschung, Lehre und Weiterbildung, Fachgesellschaften und Organisationen als auch die Schnittstelle zum nichtmedizinischen, multiprofessionellen Kinderschutz. Für all diese Bereiche hat sich mittlerweile der Oberbegriff *medizinischer Kinderschutz* oder *Kinderschutz in der Medizin* etabliert. Dieser ist somit nicht einer einzelnen Berufsgruppe zuzuordnen und hat sich in der letzten Dekade als neues, komplexes, herausforderndes und über die Pädiatrie interdisziplinär hinausgehendes Fachgebiet etabliert. Strukturelle Veränderungen in Lehre, Weiterbildung, Forschung und auch im Versorgungsauftrag für das Gesundheitswesen sollen dazu beitragen, die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Wurzeln des medizinischen Kinderschutzes

Die Wurzeln des medizinischen Kinderschutzes reichen bis ins 19. Jh. zurück. Der französische Professor der Rechtsmedizin Auguste Ambroise Tardieu

publizierte bereits in den 1860er-Jahren auch nach heutigen Maßstäben präzise Beobachtungen von Kindesmisshandlungen und -missbrauch [13]. Der New Yorker Kinderradiologe John Caffey beschrieb 1946 erstmals die Assoziation multipler Frakturen mit subduralen Hämatomen [2]. Aber erst der deutschstämmige Pädiater C. Henry Kempe (Abb. 1) spitzte 1961 das Problem bewusst plakativ und zu großen Kontroversen führend mit dem Begriff „battered child syndrome“ zu [7]. Im Jahr 1968 schließlich wurde das erste medizinische Lehrbuch von Helfer und Kempe verfasst. Im Jahr 1972 beschrieb erneut Caffey das „whiplash shaken infant syndrome“ [3], 1977 der britische Kinderarzt Roy Meadow das „Munchausen syndrome by proxy“ [11].

Entwicklungen in Deutschland

In Deutschland blieb die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes (Abb. 2) lange Zeit stückhaft und auf einzelne Protagonisten wie die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker beschränkt. Ansätze von Leitlinien und Gewaltleitfäden gab es seit Anfang der 2000er-Jahre. Erst mit der regelmäßigen multiprofessionell ausgerichteten Kasseler Fortbildung ab 2003 setzte eine deutlich intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema ein. Hierzu trugen ebenfalls die S2-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) sowie das erste deutsche medizinische Fachbuch bei [6]. Im selben Jahr wurde die Deutsche Ge-

sellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) gegründet, die inzwischen fast 500 Mitglieder stark ist. Wesentliche Impulse setzten auch die 2010 erschienenen „Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken“ (KSG-Leitfaden) der DGKiM und Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ; Abruf unter www.dgkim.de) mit der grundsätzlichen Aussage: „Kinderschutz gehört in den Verantwortungsbereich aller Institutionen und Fachpersonen, die beruflich mit Kindern zu tun haben“.

» Nahezu an jeder zweiten Kinderklinik in Deutschland existiert heutzutage eine KSG

Die Forderung eines strukturierten multiprofessionellen Vorgehens in Form einer Kinderschutzgruppe (KSG) und Hinweise zu deren Arbeit hatten vermutlich wesentlichen Anteil an der Gründung von inzwischen über 160 KSG, also an nahezu jeder zweiten Kinderklinik in Deutschland (Abruf www.dgkim.de/kinderschutzgruppen). Deren Arbeitsweise und Strukturqualität werden von der DGKiM seit 2017 in Form einer bereits 71-mal erfolgreich absolvierten Akkreditierung überprüft. Das Zertifikat Kinderschutzmedizin für individuelle Ärzte leistet ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zu Aus- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung im medizinischen Kinderschutz und wurde bereits 180-mal erteilt. Als sinnvolles ergänzendes Angebot der Weiterbildung der einzelnen Fachkräfte sind die Ulmer E-Learning-Angebote zu nennen.



Abb. 1 ◀ Pädiater C. Henry Kempe (1922–1984). (Aus Hermann et al. [6]; Foto Paul Abdoo, Denver)

Misshandlung, Vernachlässigung oder einen Missbrauch handelt, erlaubt. Geleitet wird die KSG von einem Facharzt für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinderchirurgie.

» Interdisziplinär wird eine alle Erkenntnisse berücksichtigende Diagnose erarbeitet

Prinzipiell entspricht das Vorgehen bei Patienten, die mit der Frage einer Kindeswohlgefährdung vorgestellt werden, dem üblichen Schema „Anamnese, Befund, Diagnose, Therapie“. Die *somatische Diagnostik* und Diagnose erfordern fundiertes Wissen, kontinuierliches Verfolgen der entsprechenden Fachliteratur und Leitlinien sowie kritische Reflexion der Evidenz medizinischer Befunde. Da unterschiedliche Disziplinen mit ihren jeweiligen Publikationen beteiligt sind, erlauben qualitativ hochwertige Literaturzusammenfassungen und -reviews wie das Quarterly Update (www.helfersociety.org/the-quarterly-update) eine gute kontinuierliche Orientierung. Den aktuell umfassendsten und evidenzbasiertesten Überblick bietet neben Standardwerken medizinischer Diagnostik die 2019 publizierte AWMF-S3+-Kinderschutzleitlinie [10]. Insbesondere bei körperlicher Misshandlung ist die Grundlage der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung der somatische Befund, der somit für das weitere Prozedere höchsten medizinischen und wissenschaftlichen Anforderungen genügen muss. Von wesentlicher Bedeutung ist jedoch, dass das komplexe Geschehen einer Kindeswohlgefährdung allein durch den somatischen Befund nur unzureichend erfasst ist. Psychische und sozialanamnestische Befunde sind unentbehrlicher Bestandteil jeder kinderschutzmedizinischen Diagnostik.

Und wie geht man nun mit den ganzen Beobachtungen und erhobenen Befunden um? Jede Profession bringt „ihre“ Befunde in eine (oder häufig auch mehrere) *Fallbesprechung(en)* ein. Hier wird gemeinsam unter Berücksichtigung aller vorhandenen Erkenntnisse eine kinderschutzmedizinische Diagnose erarbeitet. Nicht selten geben v.a.



Abb. 2 ▲ Kinderschutz in der Medizin – Entwicklungen der letzten Jahre. (Mit freundl. Genehmigung, © F. Schwier, alle Rechte vorbehalten)

Was ist eine KSG genau und wie „funktioniert“ sie?

Jede KSG besteht aus mehreren Professionen: z. B. Ärzte, Sozialpädagogen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Psychotherapeuten oder Psychologen. Die Zusammensetzung kann recht

unterschiedlich sein, je nach Struktur der Klinik. Es sollten jedoch immer verschiedene medizinische Disziplinen mit Erfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – neben den oben genannten – vertreten sein, da erst der interdisziplinäre Austausch eine Einordnung, inwieweit es sich um eine

Monatsschr Kinderheilkd <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0751-z>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

F. Schwier · P. Manjgo · M. Kieslich

Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung. Die aktuellen Entwicklungen der Kinderschutzmedizin in Deutschland werden im Hinblick auf die Arbeitsweise im Gesundheitswesen, in Weiterbildung und Forschung sowie die Qualitätssicherung, Finanzierung und Zielsetzungen dargestellt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und viele andere Akteure haben entscheidend dazu beigetragen, dass sich der Kinderschutz in der Medizin in Deutschland ab Mitte bis Ende der 2000er-Jahre maßgeblich gewandelt und weiterentwickelt hat.

Material und Methode. Analyse des aktuellen Stands der kinderschutzmedizinischen Versorgung in Deutschland mit Auswertung der Umfrageergebnisse zur aktuellen Finanzierung von Kinderschutzgruppen (KSG). Darstellung berufspolitischer Veränderungen sowie aktueller Kinderschutzprojekte im Gesundheitswesen.

Ergebnisse. Seit 2008 hat sich ein Netzwerk kinderschutzmedizinischer Versorgung in

Deutschland entwickelt, das u. a. aus 71 von der DGKiM akkreditierten KSG und 180 DGKiM-zertifizierten Kinderschutzmedizinern besteht. Eine Umfrage im August 2018 ergab, dass 42 (58 %) der beteiligten 72 KSG neben der stationären Versorgung auch ambulante Fälle behandeln. Von insgesamt 1790 ambulanten Fällen wurden 527 (29,4 %) in einem Jahr ohne jegliche Finanzierung versorgt. Im stationären Bereich betrug das auf dem OPS 1-945 basierende, von 22 Kliniken verhandelte Zusatzentgelt (ZE2018-152) pro Fall zwischen 660 und 1700 €, im Mittel ca. 900 € ohne Helferkonferenz und ca. 1100 € mit Helferkonferenz und Einbeziehung des Jugendamts. Die neue, 2019 veröffentlichte Kinderschutzleitlinie der AWMF sowie die oben genannte Akkreditierung und Zertifizierung dienen der Qualitätssicherung. Von einzelnen Bundesländern (z. B. Sachsen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen) initiierte Projekte machen deutlich, wie Kinderschutz-

medizin flächendeckend aufgebaut und verstetigt werden kann.

Schlussfolgerung. Die Entwicklung der letzten 10 Jahre zeigt die Professionalisierung und Etablierung der Kinderschutzmedizin in Deutschland als interdisziplinäres Querschnittsfach, das durch die 2018 verabschiedete Weiterbildungsordnung fester Bestandteil der pädiatrischen Facharztweiterbildung geworden ist. Die verstärkte Integration in Lehre, Weiterbildung, Forschung sowie die Etablierung von Finanzierungsmodellen und Versorgungsstrukturen sollen zur langfristigen Qualitäts- und Struktursicherung der Kinderschutzmedizin führen, die dem Bedarf gerecht wird und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessert.

Schlüsselwörter

Kindesmisshandlung · Kindesvernachlässigung · Gewalt · Leitlinie · Finanzierung

New developments in medical child protection

Abstract

Background and objectives. The current developments in child protection in medicine in Germany are presented with respect to procedures in the healthcare system, advanced training and research as well as quality assurance, financing and objectives. Since 2000 medical child protection has significantly changed and advanced mainly due to the initiative of the German Society for Child Protection in Medicine (DGKiM) and many other contributors.

Material and methods. An analysis of the current state of child protection medical care in Germany including the evaluation of a survey on the financing of child protection teams (CPT). Professional policy changes and current child protection projects in the healthcare system are also presented.

Results. Since 2008, a child protection medical care network has been established in Germany consisting of 71 CPTs accredited by the DGKiM and 180 child protection

physicians certified by the DGKiM. A survey conducted in August 2018 showed that among the 71 involved CPTs, 42 (58%) treated outpatient cases in addition to inpatient cases. Out of a total of 1790 outpatient cases, 527 (29.4%) were treated in 12 months without any financial compensation. In the inpatient sector, a payment (ZE2018-152) based on the German operation and procedure code (OPS) 1-945 and negotiated by 22 hospitals was between 660 € and 1700 € per case, on average approximately 900 € without a case conference and 1100 € with a case conference involving the Child Protection Service. The new German child protection guidelines published by the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) in 2019 and the accreditation and certification serve as quality assurance in child protection. Projects initiated by individual states (e.g. Saxony, Thuringia and North Rhine-Westphalia) show

how child protection medicine can be set up and maintained across the board.

Conclusion. The developments over the last 10 years show the establishment and professionalization of medical child protection in Germany as an interdisciplinary cross-sectional specialty. It has now become an integral part of pediatric specialist training due to the newly introduced changes in training regulations in 2018. Increased integration into teaching, advanced training, research and the establishment of financing models and care structures should lead to long-term and needs-based quality assurance in child protection medicine, significantly and sustainably improving the care of children and adolescents.

Keywords

Child abuse · Child neglect · Violence · Guidelines · Financing



Abb. 3 ▲ Rahmenbedingungen für das Gelingen einer Kinderschutzgruppe. (Mit freundl. Genehmigung, © F. Schwier, alle Rechte vorbehalten)

die Interaktionsbeobachtungen der Pflegekräfte oder Informationen aus der Sozialanamnese wichtige Hinweise zur Gesamteinschätzung einer Kindeswohlgefährdung – und werden umso bedeutender, je weniger spezifische Befunde die somatische Diagnostik ergeben hat. Die kinderschutzmedizinische Beurteilung bedeutet also nicht nur „linksseitige Oberarmspiralfaktur und ältere rechtsseitige Radiuschaftfraktur“, sondern bezieht zusätzliche Aspekte wie z. B. Entwicklungsverzögerung, Beziehungsstörung, Trennungskind, Regulations- oder Fütterstörungen ein.

In der Fallbesprechung wird auch das weitere Vorgehen reflektiert. Wenn mit den Eltern der Verdacht bis dahin nicht thematisiert wurde, ist jetzt der späteste Zeitpunkt, dies zu tun. Hilfreich ist es, das Gespräch zu zweit zu führen. Es werden zunächst die Symptome, die zur stationären Aufnahme geführt haben, benannt sowie die Ergebnisse der Diagnostik und deren kinderschutzmedizinische Bedeutung. Dann werden die weiteren Schritte besprochen, wie z. B. die Notwendigkeit, das zuständige Jugendamt (JA) zu informieren. Oft gelingt es, den Kontakt zur Jugendhilfe mit Zustimmung der Eltern herzustellen. Entscheidend bleibt immer, den Eltern die Sorge um ihr Kind verständlich darzulegen und die Situation

mit ihnen zu erörtern. Sollte diese Zustimmung nicht erfolgen, ist die rechtliche Situation im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (§ 4 KKG) eindeutig geregelt.

» Entscheidend ist es, den Eltern die Sorge um ihr Kind verständlich darzulegen

In diesem Zusammenhang wird immer wieder von gewichtigen Anhaltspunkten gesprochen. Diese sind bewusst nicht genau definiert, sondern ermöglichen, alle Auffälligkeiten mit Hinweischarakter (auf eine Gefährdung) als solche zu verstehen und somit ein Vorgehen nach § 4 KKG – und – kann die Gefahr nicht anderweitig beseitigt werden – eine Information der Jugendhilfe (Abb. 3). Dieses empfohlene Vorgehen von KSG erfolgt aktuell zumeist unter stationären Bedingungen.

„Das JA informieren“, klingt so klar, ist aber in der Praxis oft herausfordernd. Was muss hier alles berücksichtigt werden? Die Schwierigkeiten liegen nicht im rechtlichen Bereich, sondern in der Kommunikation von zwei sehr verschiedenen Systemen. Diese unterscheiden sich fundamental in ihrer Arbeitsweise; sie benutzen unterschiedliche Begrifflichkeiten

und weisen unterschiedliche institutionelle Gegebenheiten auf.

Jugendhilfemitarbeiter sind nicht medizinisch geschult; die Bedeutung und die Konsequenzen eines Befunds müssen somit für Laien verständlich und klar dargelegt werden. Hilfreich ist es rückzufragen, was verstanden wurde, sowie die fotografische oder radiologische Dokumentation der Befunde zu demonstrieren (anstatt nur von „blauen Flecken“ zu sprechen). Dies sollte in Anwesenheit der Eltern bzw. mutmaßlichen Verursacher geschehen, um eine gemeinsame Gesprächsgrundlage zu haben. Die Entlassung des Kindes setzt verschiedene, zwischen den beiden Systemen zu koordinierende Schritte voraus. Mangelndes Wissen um die jeweiligen Arbeitsweisen kann sich schädlich auf die weitere Versorgung und Sicherheit der Patienten auswirken. Es lohnt sich also z. B. im Rahmen der Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung mit den umliegenden JA, grundsätzliche Dinge wie Ansprechpartner, -zeiten und -modalitäten zu klären – und in diesem Prozess schon viel von und übereinander zu lernen. (Diesbezüglich hat die DGKiM eine Musterkooperationsvereinbarung veröffentlicht, die sowohl Bestandteil des Leitfadens für Kinderschutzgruppen ist als auch über geschaeftsstelle@dgkim.de bezogen werden kann [5].)

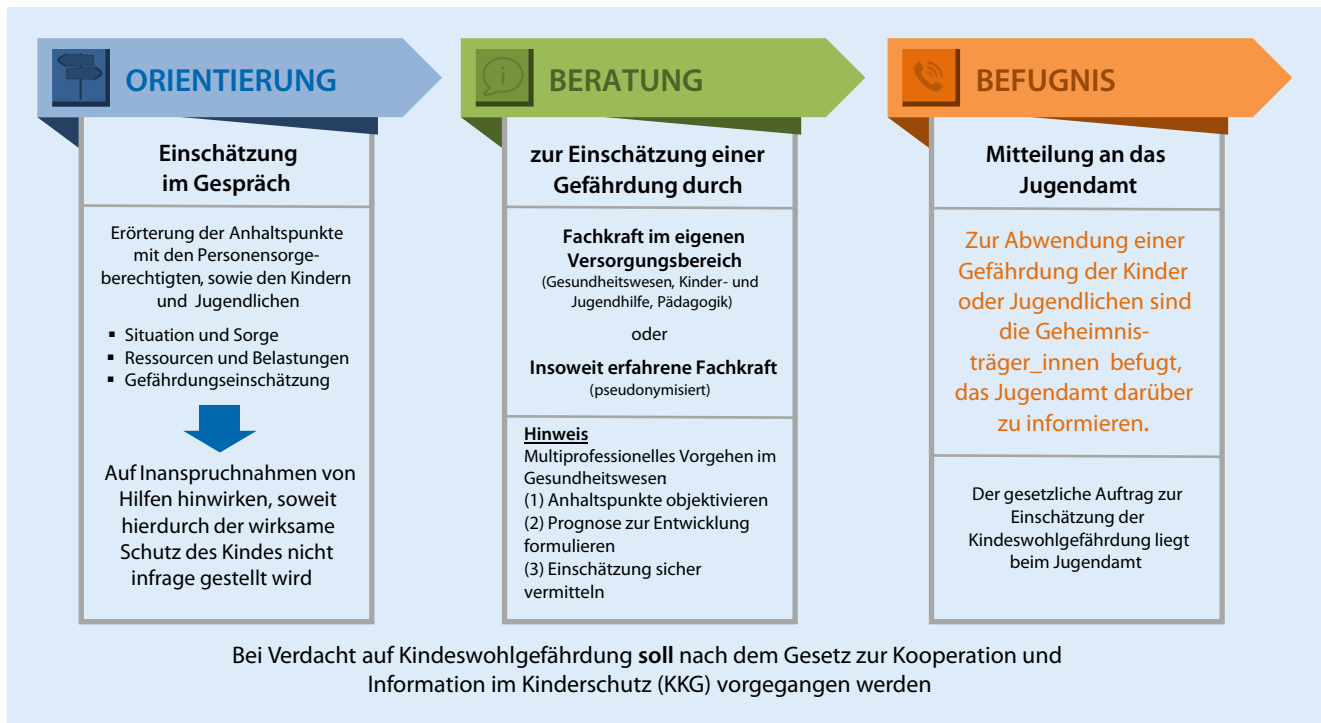


Abb. 4 ▲ Vorgehen nach § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz. (Mit freundl. Genehmigung, © F. Schwier, alle Rechte vorbehalten)

Nach Abschluss der Diagnostik und Information des JA bleibt ein wichtiger Schritt im stationären Setting: die Fallkonferenz. Hier wird eine Besprechung der KSG und des JA gemeinsam mit den Eltern durchgeführt.

Nochmals werden allen Beteiligten die Symptome, die erhobenen Befunde (*beachte*: aller Professionen) und deren kinderschutzmedizinische Bedeutung erläutert – und nun gemeinsam die Perspektive, die weiteren Schritte und die notwendigen Maßnahmen besprochen. In dieser Situation wird sichergestellt, dass alle Beteiligten auf dem gleichen Wissensstand sind – und andere Interpretationsversuche, z. B. der Eltern gegenüber den medizinischen Laien des JA, nicht zu deren Verunsicherung führen. Neben den Jugendhilfemaßnahmen brauchen gefährdete Kinder immer auch eine medizinische Nachbetreuung. Dies kann eine Psychotherapie, eine Frühförderung, Entwicklungsdiagnostik, z. B. in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder weitere Kontrollen beim Haus- oder beim Kinderarzt, der ausführlich informiert werden muss, sein. Dies wird in der Fallkonferenz schriftlich

festgehalten, und das JA überwacht nachfolgend die Einhaltung der vorgesehenen Maßnahmen. Auch der Entlassungszeitpunkt wird festgelegt. Trotz Belegungs- und Kostendruck der Kliniken ist ein sinnvoller Schutz des Kindes – ohne zusätzliche Traumatisierung (auch hierfür sind die Ärzte mitverantwortlich) – bei einer Gefährdung häufig nicht am selben Tag sichergestellt. Eine Verlängerung des stationären Aufenthalts ist somit manchmal unumgänglich. Ist die medizinische Behandlung schon abgeschlossen, gibt es prinzipiell die Möglichkeit, dass das JA diese Kosten übernimmt. Diese Möglichkeit kann in einer Kooperationsvereinbarung festgehalten werden.

Neben den Finanzierungsaspekten (s. Abschn. „Finanzierung der Kinderschutzmedizin“) bedarf es weiterer Rahmenbedingungen für das Gelingen der anspruchsvollen interdisziplinären Arbeit in der KSG (■ **Abb. 3**).

In einem jungen medizinischen Fachbereich wie der Kinderschutzmedizin zu arbeiten, bedeutet ungewöhnliche Herausforderungen – und gleichzeitig vielerlei Gestaltungsmöglichkeiten.

Örtlich sehr unterschiedliche Gegebenheiten erfordern ein regionales Konzept – und das Engagement der Menschen vor Ort. Die gemeinsamen Anstrengungen von medizinischen Kinderschützern, „ihr“ Fachgebiet als essenzielle Hilfe für betroffene Kinder zu etablieren, zeigt sich an der stetig wachsenden Zahl von KSG. Entsprechende kinderschutzmedizinische Expertise zu erwerben, kann sich als fruchtbare fachliche Herausforderung erweisen, die Option einer Spezialisierung eröffnen sowie in einem teamorientierten Ansatz eine sinnvolle und fachliche fundierte Hilfe für misshandelte Kinder- und Jugendliche ermöglichen.

Wissenschaft im medizinischen Kinderschutz

Aufgrund der u.U. lebenslangen Implikationen erfordert die Diagnose oder der Ausschluss einer Misshandlung, Vernachlässigung oder eines Missbrauchs eine valide fachliche Fundierung. Die letzten Jahre haben durch systematische Reviews und Metaanalysen wesentliche Fortschritte in der Frage der Evidenz

medizinischer Befunde und diagnostischer Vorgehensweisen hervorgebracht. Im Zuge dieser Entwicklungen hat der verfügbare Wissensstand zwar deutlich zugenommen, das konkrete Vorgehen bei der medizinischen Diagnostik und Intervention variiert jedoch zwischen einzelnen Kliniken und Praxen enorm [12]. In der aktuell publizierten AWMF-S3+-Kinderschutzleitlinie wurde das evidenzbasierte Wissen unter Berücksichtigung des Bundeskinderschutzgesetzes für die Fachkräfte im Gesundheitswesen als Handlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt (Beispiel in **Abb. 4**). An der Erstellung dieser Leitlinie haben rund 80 Fachgesellschaften, Organisationen, Bundesbeauftragte und Bundesministerien aus den Bereichen des Gesundheitswesens, der Jugendhilfe, Pädagogik, Psychologie und sozialen Arbeit mitgewirkt. Diese Evidenzbasierung und Einbeziehung der vielfältigen Berufsgruppen sind weltweit einzigartig. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistete der 2018 verstorbene Bonner Kinderarzt Dr. Ingo Franke.

Jährliche wissenschaftliche Tagungen und praxisorientierte KSG-Treffen der DGKiM, interdisziplinäre Symposien auf den Jahrestagungen der DGKJ sowie weitere Leitfäden der DGKiM ergänzen das oben genannte inzwischen fachlich breit differenzierte Angebot im medizinischen Kinderschutz.

Etablierung der Kinderschutzmedizin

Während die Kinderschutzmedizin in etlichen Ländern, z. B. in den USA, bereits seit vielen Jahren eine anerkannte und fest definierte medizinische Subdisziplin darstellt, ist diese Entwicklung in Deutschland erst seit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) 2008 im Gange. Die AG KiM, die 2016 in die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) umbenannt wurde, hat die Kinderschutzmedizin als interdisziplinäres Querschnittsfach mit fester Verankerung in der Kinder- und Jugendmedizin definiert sowie Qualitäts- und Qualifikationskriterien entwickelt, nach denen DGKiM-akkreditierte KSG aktuell

an 71 Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen in Deutschland arbeiten. Weitere knapp 100 nichtakkreditierte KSG sind an deutschen Kliniken aktiv. Die DGKiM hat inzwischen 474 Mitglieder, von denen bereits 180 ihre kinderschutzmedizinische Qualifikation in einer Zertifikatsprüfung nachgewiesen haben. Insofern steht die DGKiM für Qualitäts- und Struktursicherung in der Kinderschutzmedizin. Ziel ist die flächendeckende Etablierung kinderschutzmedizinischer Expertise und eines kinderschutzmedizinischen Versorgungsangebots als fester Strukturbestandteil jeder Kinderklinik bzw. Kinderabteilung in Form einer KSG, die mit Planstellen hinterlegt ist sowie ein stationäres und, wenn möglich, auch ambulantes Leistungsangebot vorhält. Einen wichtigen Schritt in diese Richtung stellt die neue Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin dar, die auf dem Bundesärztertag 2018 verabschiedet wurde und aktuell in den Landesärztekammern umgesetzt wird. Diese beginnt bei den inhaltlichen Beschreibungen der zu erwerbenden Fähigkeiten mit: „Erkennung und Einleitung von Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, insbesondere bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch“ sowie „interdisziplinäre Zusammenarbeit einschließlich Fallkonferenzen, auch mit Kindergemeinschaftseinrichtungen, Beratungsstellen und Behörden“. Hiermit ist sichergestellt, dass in Zukunft jeder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin eine entsprechende Expertise im Rahmen seiner Weiterbildung erwerben und nachweisen muss. Hierzu sollte jeder Arzt in der Weiterbildung mindestens 3 Monate in einer KSG mitarbeiten [1]. Dies ist die Grundlage für eine zukünftig flächendeckende Kompetenz in der pädiatrischen ambulanten und stationären Regelversorgung.

» Ziel ist die flächendeckende Etablierung kinderschutzmedizinischer Expertise

Die Initiative der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) „Ausgezeich-

net für Kinder“ zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat bereits vor mehreren Jahren die Vorhaltung einer KSG als wichtiges Qualitätsmerkmal abgefragt und gewertet (www.gkind.de).

An mehreren Universitätskliniken, z. B. Frankfurt am Main, wurden bereits kinderschutzmedizinische Inhalte in das Medizinstudium in Form von Vorlesungen, Wahlfächern, Seminaren, Praktika und „objective structured clinical examinations“ (OSCE) integriert, und die Initiative „Viola“ ist an vielen Universitätskliniken mit eigenen Veranstaltungen aktiv. Viola richtet sich nicht nur an Medizinstudierende. Es beteiligen sich auch Studierende der Psychologie und pflegerischer Studiengänge. Gemeinsam möchten sie mehr Sicherheit im Umgang mit schwierigen Kommunikationssituationen, Schweigepflicht und Kindeswohlgefährdung im klinischen Alltag vermitteln. „Jedes Kind hat einen Arzt“, so steht es auf den Plakaten von Viola, und es ist wichtig, dass dieser auch die Verantwortung wahrnimmt, die aus Wissen resultiert [9].

Finanzierung der Kinderschutzmedizin

Die Finanzierung kinderschutzmedizinischer Leistungen stellte bis 2013 ein schwieriges, kaum lösbares Problem dar. Erst mit der Aufhebung des § 294a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für Kinder und Jugendliche, der die „Mittelungspflicht von drittverursachten Gesundheitsschäden an die Krankenkassen“ regelte, im August 2013 wurden diese Leistungen als von den Krankenkassen zu finanzierend festgelegt. Zeitgleich wurde der von der DGKiM entwickelte und über die GKinD-DRG-Arbeitsgruppe beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereichte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-945 „(Komplex-)Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit“ in den offiziellen OPS-Katalog des InEK aufgenommen. Die Deutschen Kodierrichtlinien wurden dahingehend angepasst, dass der ICD-Code T74 „Missbrauch von Personen“

Tab. 1 ZE2018-152-Verhandlungsergebnisse von 22 Kliniken in Deutschland

	OPS 1-945.0 Ohne Helferkonferenz	OPS 1-945.1 Mit Helferkonferenz
Range	660–1400 €	865–1700 €
Mittelwert	892 €	1137 €
Median	915 €	1093 €
Kalkulation der DGKiM	971 €	1313 €

DGKiM Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel

Tab. 2 Transparenzumfrage 2018 der Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin unter Beteiligung von 72 Kinderschutzgruppen (KSG)

Abrechnungsart	KSG^a Anzahl (n, [Anteil, %])	Fallzahl (n)/Jahr	Betrag/Quartal
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) oder „Charité-Modell“ nach § 119 1a SGB V	13 (18%)	k. A.	400 bis 599 €
Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V	10 (14%)	3 bis 100	k. A.
Gutachten (Gericht, Jugendämter)	9 (12,5%)	2 bis 170	k. A.
Privatabrechnung (GOÄ)	8 (11%)	2 bis 5	k. A.
Persönliche oder Institutsermächtigung nach § 120 1a SGB V	7 (10%)	Bis zu 200	Von 200 bis 320 € plus 100 bis 119 € (§ 120er Extrapauschale)
Hochschulambulanz (HSA) nach § 117 SGB V	6 (8%)	25 bis 150	80 bis 150 €
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 und § 140 SGB V	6 (8%)	k. A.	k. A.
„Besondere“ (früher „integrierte“) Versorgung nach § 140a SGB V	1 (1,4%)	100	495 €
Spenden, Projektförderung u. a.	21 (29%)	k. A.	k. A.

Mehrfachnennungen waren bei der Abrechnungsart möglich

k. A. keine Angaben

^aVon 72 KSG betreuten 42 (58%) KSG ambulante Kinderschutzfälle

bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kodiert werden kann. Durch die Änderung des § 294a SGB V im Jahr 2013 besteht keine Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können.

Seit 2018 ist diese, den kinderschutzmedizinischen Mehraufwand abbildende OPS 1.945.– auch erlöswirksam [8]. Im DRG-Fallpauschalenkatalog 2018 ist diese Prozedur mit dem unbewerteten Zusatzentgelt ZE2018-152 und dem konfliktfreien Titel – „Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik“ hinterlegt worden (www.g-drg.de). Das

heißt, diese Leistungen können bei den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden. Hierzu müssen klinikindividuell Vereinbarungen getroffen werden, die auf Basis einer Kostenkalkulation der Klinikträger verhandelt werden müssen. Jede Klinik verhandelt separat. Um eine Orientierung für eine solche Kalkulation zu geben, hat die DGKiM zusammen mit der GKiD eine zeitbasierte Musterkalkulation errechnet, die individuell um spezielle Sachkosten und klinikindividuelle Kostenaspekte ergänzt werden kann. Ferner wurde ein Musterdokumentationsbogen entwickelt, um die erbrachten Leistungen und Voraussetzungen MDK-relevant zu dokumentieren. Diese Unterlagen können über die Geschäftsstellen der DGKiM

(www.dgkim.de) und GKiD (www.gkind.de) angefragt werden. Dieses neue Zusatzentgelt ist ein großer Schritt und Impuls für den medizinischen Kinderschutz in Deutschland. Erstmals werden die erheblichen personellen und zeitlichen zusätzlichen Aufwände von Kinderschutzfällen in Kliniken ansatzweise berücksichtigt und damit als notwendige pädiatrische Leistung anerkannt. Die flächendeckende Kodierung und Verhandlung dieses Zusatzentgeltes werden in Zukunft repräsentative Istzahlen des kinderschutzmedizinischen Versorgungsbedarfs ermöglichen.

» Das neue Zusatzentgelt ist ein starker Impuls für den medizinischen Kinderschutz in Deutschland

Nach Auskunft von 22 Kliniken, die dieses Zusatzentgelt bereits verhandelt haben, beträgt dieses pro Fall zwischen 660 und 1700 €, im Mittel ca. 900 € ohne Helferkonferenz und ca. 1100 € mit Helferkonferenz (■ Tab. 1).

Herausforderungen der Finanzierung

Ein großes Problem stellt weiterhin die Vergütung ambulanter kinderschutzmedizinischer Leistungen dar. Diesbezüglich initiierte die DGKiM-Kommission Finanzierung im Sommer 2018 eine Transparenzumfrage zur „Erfassung des Status quo der Finanzierung der bestehenden KSG“.

Hieran nahmen 72 KSG teil, von denen 42 (58%) auch ambulante Fälle betreuten und über insgesamt 1790 ambulante Fälle berichteten (Range 3 bis 250, Mittelwert 43, Median 33 je KSG). Hiervon waren 527 Fälle (29,4%) ohne jegliche Finanzierung versorgt worden. Angesichts einer durchschnittlichen Arzt-Kontakt- und Bearbeitungszeit von ca. 7h/Fall wird klar, dass es sich zu einem großen Teil um ein „ehrenamtliches“ Engagement handelt.

Den „finanzierten“ ambulanten Fällen lagen die unterschiedlichsten Abrechnungsmodalitäten nach SGB V zugrun-

Infobox 1 Hilfreiche Links

- www.dgkim.de/
- www.kinderschutzleitlinie.de/de
- www.g-drg.de
- www.gkind.de
- <https://kinderschutzmedizin-sachsen.de/>
- <https://www.bvmd.de/bvmd.de/viola/>
- www.elearning-kinderschutz.de/
- <https://www.kinderschutzhotline.de/>

de, mit 18% (13 KSG) am häufigsten Behandlungspauschalen von SPZ nach § 119 1a SGB V zwischen 400 und 599 €, ferner in 14% (10 KSG) vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V sowie Gutachtenliquidationen in 12,5% und Privatrechnungen bei 11% der Fälle.

Besonders interessant sind persönliche oder Institutsermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach § 120 1a SGB V, die bei 7 KSG (10%) vorlagen. Hier werden pro Fall bis zu 320 € plus die § 120 1a-Extrapauschale von 100 bis 119 €, also bis zu 439 € Erlöst.

Universitätskliniken können über ihre Hochschulambulanz (HSA) nach § 117 SGB V abrechnen. Hier ergeben sich Pauschalen bis zu 150 €. In 6 Fällen (8%) wurde über medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 und 140b SGB V abgerechnet. Zu einem wesentlichen Teil aus Spenden und Projekten finanzierten sich 21% der KSG (■ **Tab. 2**).

Besonders zu erwähnen sind in diesem Kontext von einzelnen Landesregierungen als Projekt finanzierte *Kompetenzzentren*, die zu strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen geführt haben. So wurde durch das Projekt Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen an jeder sächsischen Kinderklinik eine KSG etabliert und die Zusammenarbeit mit den JA ausgebaut. Die Verstärkung des Projekts gelang durch die Etablierung eines Fach- und Koordinierungsstelle an der Landesärztekammer Sachsen [14]. Diese Grundstrukturen wurden in Thüringen übernommen. Zuletzt wurde in diesem Jahr in Nordrhein-Westfalen eine Projektförderung für ein Kompetenzzentrum vergeben, dass auf Antrag jeder KSG einen Personalkostenzuschuss von 30.000 €/Jahr gewährt [4].

Zielsetzungen der Kinderschutzmedizin

Die Kinderschutzmedizin hat das Ziel, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, indem strukturelle Veränderungen erfolgen und etabliert werden wie

- der Auf- und Ausbau versorgender Netzwerke in Deutschland mit Einrichtung von Kompetenzzentren analog zu Sachsen, Thüringen oder NRW,
- die Etablierung und Finanzierung von KSG an allen kinderversorgenden Kliniken,
- das Schaffen von kinderschutzmedizinischen Planstellen, insbesondere im stationären Bereich,
- die flächendeckende kinderschutzmedizinische Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich,
- die Aufnahme medizinischer Versorgungsaspekte in das Bundeskinderschutzgesetz,
- die Etablierung der Kinderschutzmedizin als Lehrauftrag für den klinischen Abschnitt des Medizinstudiums,
- mindestens eine Pflichtweiterbildung für Kinderschutzmedizin von 3 Monaten für Kinder- und Jugendärzte,
- das Schaffen von Angeboten für die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und
- die Vorbereitung für das Update der AWMF-S3+-Kinderschutzleitlinie im Jahr 2024.

Fazit

- Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) versteht sich als Interessenvertretung aller Fachkräfte im Gesundheitswesen und wird sich auch in Zukunft für den Aufbau flächendeckender Strukturen und Netzwerke zu Prävention, Erkennen und Verhindern von Gewalt an sowie Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen einsetzen.
- Sie erreichen den Vorstand und die Geschäftsstelle der DGKiM über geschaeftsstelle@dgkim.de und können sich über die Homepage der DGKiM (www.dgkim.de) weiterinformieren.

Hier können Sie auch die direkten Kontaktdaten der KSG Ihrer Region einsehen und werden über Weiterbildungsangebote der DGKiM auf dem Laufenden gehalten.

Korrespondenzadresse

F. Schwier
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Bonn
Adenauerallee 119,
53113 Bonn, Deutschland
Fraue.Schwier@ukbonn.de

Danksagung. Die Autoren danken allen engagierten Kollegen und Kolleginnen für ihre Arbeit zur Verbesserung des Kinderschutzes.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Schwier, P. Manjogo und M. Kieslich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Bundesärztekammer (2018) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>. Zugegriffen: 27. Mai 2019
2. Caffey J (1946) Multiple fractures in the long bones of infants suffering from subdural hematoma. *Am J Roentgen* 56:163–173
3. Caffey J (1972) The parent-infant traumatic stress syndrome; Caffey-Kempe syndrome, battered babe syndrome. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 114(2):218–229
4. Das Landesportal Wir in NRW (2019) Landesweites Zentrum für Kinderschutz im Gesundheitswesen. <https://www.land.nrw/de/pressemitteilung/gesundheitsministerium-foerdert-aufbau-eines-landesweiten-zentrums-fuer>. Zugegriffen: 28. Mai 2019
5. <https://www.dgkim.de/leitlinien/leitfaden>
6. Hermann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2016) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer, Heidelberg
7. Kempe CH et al (1962) The battered-child syndrome. *Jama* 181:17–24
8. Kieslich M (2018) Die Kinderschutzprozedur OPS 1.945.– wird erlöswirksam! Mitteilung der DGKiM und der GKInD. <https://www.dgkim.de/news/mitteilung-der-deutschen-gesellschaft-fuer-kinderschutz-in-der-medizin-dgkim-und-der-gesellschaft-der-kinderkrankenhaeuser-und-kinderabteilungen-in-deutschland-e-v-gkind>. Zugegriffen: 27. Mai 2019

-
9. von Kietzell C (2018) Kinderschutz in der Lehre. In: Deutsches Ärzteblatt, Medizin Studieren. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197181/Erkennen-von-Misshandlungsfolgen-Kinderschutz-in-der-Lehre>. Zugegriffen: 28. Mai 2019
 10. Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html>
 11. Meadow R (1977) Munchausen syndrome by proxy—the hinterland of child abuse. *Lancet* 1977:343–345
 12. Richter C, Hänsel T, Lessig R, Heide S (2018) Ärztliche Konsultationen bei Verdachtsfällen von Kindeswohlgefährdung. Systematische Untersuchung in zwei Jugendamtsbezirken von Sachsen-Anhalt. *Rechtsmedizin* 28:251–257
 13. Tardieu A (1860) Etude Medico-Legale sur les seivices et mauvais traitements exerces dur des enfants. *Ann Hyg Publ Med Leg* 13:361–398
 14. Zscheschang A (2016) Projekt „Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen“. *Ärzteblatt Sachsen* 2. <https://www.slaek.de/de/04/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2016/ae022016.php>. Zugegriffen: 27. Mai 2019