



Kinderschutz im Rettungsdienst: Erkennen, Bewerten, Handeln

Hintergrund

Große, repräsentative Untersuchungen, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt worden sind, zeigen anhaltend hohe Prävalenzen für körperliche Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch an Kindern. Ein Drittel der befragten Erwachsenen gab an, von irgendeiner Misshandlungsform in der Kindheit betroffen gewesen zu sein [1, 2], zumindest jedes achte Kind wird Opfer körperlicher Misshandlung.

Eine systematische Erfassung, wie häufig Fachkräfte mit dem Thema konfrontiert sind, existiert unseres Wissens nicht, aufgrund der vorgerückten Stellung der Rettungsdienste in der Behandlungskette muss man jedoch davon ausgehen, dass es zu häufigen Konfrontationen mit dieser Thematik kommt.

Dies bestätigen auch die ersten Erfahrungen der frühen Projektphase der Medizinischen Kinderschutz-Hotline: Zahlreiche Rückmeldungen aus den Rettungsdiensten zeigten einen erheblichen Beratungsbedarf beim Thema Kinderschutz.

Definition

Wenn im Folgenden von Misshandlung oder Vernachlässigung die Rede ist, dann sind die körperlichen Formen gemeint. Nach den Definitionen der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC; [3]) kann die Misshandlung definiert werden als Handlungen, die möglichen oder tatsächlichen Schaden verursachen oder das Kind der

Gefahr eines Schadens aussetzen. Die Handlungen sind willentlich, der Schaden muss jedoch nicht beabsichtigt sein. Die Vernachlässigung wird negativ definiert: als Akt der Unterlassung, für die körperlichen, emotionalen oder intellektuellen Grundbedürfnisse des Kindes zu sorgen. Auch hier muss der Schaden nicht beabsichtigt sein. Von Vernachlässigung sind Säuglinge zumeist am stärksten betroffen, da sie essenziell auf Versorgung angewiesen sind [4].

Das Problem (nicht nur) in der Notfallmedizin ist die Unterscheidung zwischen unfallbedingten Verletzungen und durch Misshandlungen hervorgerufenen Verletzungen. Bei Folgen stumpfer Gewalt, Bisswunden, Verbrennungen, Verbrühungen, seltener Stich- und Schusswunden und Intoxikationen stellt sich die Frage nach der Ätiologie [5].

Die im Folgenden vorgenommene Eingrenzung auf physische Misshandlung und Vernachlässigung reflektiert nicht die enorme Häufigkeit anderer Misshandlungsformen wie sexuellen Missbrauch, (emotionale) Vernachlässigung und psychische Misshandlung. Diese sind, betrachtet man die Langzeitfolgen und auch die Folgekosten für unsere Gesellschaft [6, 7] mindestens so gravierend, aber in der Kürze der Kontakte in der notfallmedizinischen Versorgung schwer erfassbar. Dies gilt insbesondere für den sexuellen Missbrauch. Dieser kann völlig kontaktfrei ablaufen (sog. Hands-off-Formen, z. B. wenn Erwachsene in Anwesenheit von Kindern pornographische Medien kon-

sumieren) und daher gar keine körperlichen Spuren hinterlassen. Selbst die Folgen massiver sexueller Übergriffe mit Penetration können sich innerhalb weniger Tage so verändern, dass keine verwertbaren Spuren bleiben. Der nachfolgende Artikel beschränkt sich daher auf die Formen der Kindeswohlgefährdung, die in der Notfallmedizin mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auffallen können.

Alle der genannten Formen der Kindeswohlgefährdung kommen in allen gesellschaftlichen Schichten vor [1] – eine positive Voreingenommenheit gegenüber „guten Familien“ oder „netten Eltern“ kann dazu also schlimmstenfalls dazu führen, dass gefährdeten Kindern die notwendige Hilfe vorenthalten wird.

Im Folgenden werden die Begriffe „Jugendamt“ für den örtlichen Träger der Jugendhilfe verwendet, der hoheitliche Aufgaben wahrnimmt. Nur, wenn ausdrücklich auch Mitarbeiter der freien Träger der Jugendhilfe gemeint sind, wird der Oberbegriff „Jugendhilfe“ verwendet (vgl. §§ 2, 3 und 69 Sozialgesetzbuch [SGB] VIII).

Misshandlung als Entität in der Notfallmedizin

Aufgrund der akuten Genese körperlicher Misshandlungen im Sinne zugefügter Traumata werden häufig auch nach Misshandlungen die Rettungsdienste hinzugezogen. Schlechtriemen et al. konnten zeigen, dass der Anteil der kindlichen Patienten im Rettungsdienst

je nach Rettungsmittel bis zu 12,9% beträgt [8]. Traumata gehörten zu den häufigsten Einsatzgründen, vor allem das Kopfrauma, bei dem die Misshandlung zu den häufigsten Ursachen gehört [9].

Umgekehrt sind Befunde nach notfallmedizinischen Interventionen selten auch Differenzialdiagnosen zu misshandlungsbedingten Verletzungen oder können im Rahmen von Schutzmaßnahmen so dargestellt werden.

» Die genaue Nachvollziehbarkeit notfallmedizinischer Maßnahmen ist entscheidend

Rippenfrakturen nach Thoraxkompressionen sind ein Beispiel, wenn auch eine Seltenheit. In einer Übersichtsarbeit konnte die Welsh Child Protection Systematic Review Group zeigen, dass von 923 eingeschlossenen Kindern aller Altersstufen nur drei eine reanimationsbedingte Rippenfraktur erlitten hatten [10]. Umgekehrt hat aber eine unerklärte Rippenfraktur bei einem Kleinkind eine hohe Spezifität für eine erlittene Misshandlung (siehe unten). Ähnliches gilt für stumpfe Bauchtraumata oder multiple Hämatome. Daher ist eine spätere genaue Nachvollziehbarkeit notfallmedizinischer Maßnahmen von entscheidender Bedeutung.

Schnittstellen: Schwachstellen im Kinderschutz

Leitner und Troscheit identifizierten anhand von Staatsanwaltschaftsakten im Land Brandenburg 27 Fälle, in denen Kinder aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung zu Tode gekommen waren oder schwerste Schäden erlitten hatten [11]. Bei einem Drittel von ihnen waren wiederholte und fortgesetzte Misshandlungen nachvollziehbar, obwohl Arztkontakte und Klinikeinweisungen stattgefunden hatten.

In einem Fall waren das in einem Zeitraum von knapp drei Monaten mindestens sechs Arztbesuche und zwei Notaufnahmen in Kliniken [11].

Leitner und Troscheit beschreiben den Fall eines Säuglings, der mit einem

Oberarmbruch in eine Klinik eingewiesen worden sei. Die Unfallanamnese durch die Eltern war klar als falsch erkannt und das Kind in eine andere Klinik verlegt worden. Beide Kliniken nahmen an, dass jeweils die andere Klinik das Jugendamt informiert hätte, eine Information unterblieb jedoch. Vier Wochen später wurde das Kind nach einer weiteren Misshandlung erneut in einer Klinik vorgestellt und verstarb im Verlauf an den Verletzungen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragte Studie, die die medial bekannt gewordenen Kinderschutzskandale aufgearbeitet hat, die z. B. unter den Namen „Fall Kevin“ oder „Fall Lea-Sophie“ bekannt geworden sind [12].

Jenny et al. [13] analysierten die Krankenakten von 173 misshandelnden Kindern. In fast einem Drittel der Fälle (31,2%) erfolgten frühere Vorstellungen wegen Kopfverletzungen, die rückblickend als misshandlungsbedingt gewertet wurden. Kriterien hierfür waren: zugegebene Misshandlung durch Bezugsperson, inadäquate oder wechselnde Anamnese, zusätzliche Verletzungen oder unerklärte Verzögerung der Vorstellung. Jenny et al. schlussfolgern, dass möglicherweise 4 der 5 in der Studie analysierten Todesfälle zu verhindern gewesen wären, wenn bei der Erstvorstellung die Symptome korrekt gedeutet worden wären. Diese Fälle zeigen, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte ist.

Folgen verpasster Intervention

Dass auch das passive Miterleben häuslicher Gewalt oder die (vorwiegende) Betreuung durch schwer psychisch oder suchtkranke Personen die Persönlichkeits-, Gesundheits- und Bildungsentwicklung und sogar die Lebenserwartung der betroffenen Kinder erheblich verschlechtern können, zeigen große Untersuchungen der sog. „adverse childhood events“. In einer Querschnittsstudie befragten Felitti et al. rund 10.000 Personen retrospektiv nach Kindheits-traumata und aktuellen gesundheitli-

chen Beschwerden [14]. Es bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen belastenden Kindheitserlebnissen und dem Auftreten von ischämischer Herzerkrankung, malignen Tumoren, Alkoholismus, Depressionen, sexuell übertragbaren Erkrankungen und Übergewicht. Je mehr belastende Ereignisse in der Kindheit erlebt wurden, desto schlechter war anschließend der Gesundheitszustand der Erwachsenen.

Überträgt man diese Ergebnisse auf Angaben aus dem deutschen Gesundheitssystem, kommt man zu moderat geschätzten Folgekosten von 11 Mrd. EUR pro Jahr für Folgen früher Kindheitsbelastungen, wie Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch [6, 7].

Dies unterstreicht die Relevanz, gefährdete Kinder bereits möglichst früh zu identifizieren um wirksame Interventionen einzuleiten, die chronische Verläufe und Traumafolgestörungen zu vermeiden helfen.

Vom unguten Bauchgefühl zur fundierten Gefährdungseinschätzung

Voraussetzung für therapeutische Interventionen ist die diagnostische Vigilanz. Für die Notfallmedizin stellt somit die Erkennung von Verletzungen, die auch misshandlungsbedingt entstehen können, den ersten notwendigen Schritt dar.

Die folgende Übersicht beschränkt sich daher auf Befunde, die im Rahmen eines präklinischen Einsatzes bzw. in einer nichtpädiatrischen Notaufnahme erfasst werden können und die – insbesondere ohne spezifischen, plausiblen Unfallmechanismus – eine hohe Spezifität für Misshandlung aufweisen. In jedem Falle ist zu fordern, dass bei Kindern auch von „Nichtkindermediziner“ bei jeder Vorstellung eine Inspektion des gesamten, unbedeckten Körpers vorgenommen wird. Darüber hinaus soll den Lesern Hilfestellung gegeben werden, ein „schlechtes Bauchgefühl“ in eine klare Gefährdungsabschätzung zu verwandeln, welches dann für das weitere Vorgehen leitend ist.

Notfall Rettungsmed <https://doi.org/10.1007/s10049-017-0370-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

O. Berthold · V. Clemens · S. Ahne · A. Witt · M. von Aster · A. von Moers · P. Plener · M. Kölch · J. M. Fegert

Kinderschutz im Rettungsdienst: Erkennen, Bewerten, Handeln

Zusammenfassung

Hintergrund. Mit häuslicher Gewalt, körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern sind im Rettungsdienst tätige Fachkräfte regelmäßig konfrontiert. Dies löst häufig Stress und Handlungsunsicherheit aus. Die Versorgungsforschung zeigt, dass die betroffenen Patienten dringend auf entschiedenes und überlegtes Handeln aller Akteure im Gesundheitswesen, und damit auch des Rettungswesens, angewiesen sind. Die akuten und chronischen Folgen verpasster Intervention sind verheerend, im Extremfall können sie tödlich sein.

Ziel der Arbeit. Es soll auf vorhandene Defizite und Schwachstellen in der notfallmedizinischen Versorgung betroffener Kinder hingewiesen werden. Die Leser sollen nach der Lektüre in der Lage sein, eine

orientierende Gefährdungsabschätzung von Kindern vornehmen zu können, sowie wirksame Interventionen und verfügbare Beratungsangebote kennen.

Methoden. Darstellung relevanter Literatur, eigener Erfahrungen und Vorstellung eines bundesweiten Beratungsprojektes.

Ergebnis. Frakturen und Hämatome haben altersabhängig eine teils hohe Spezifität für Misshandlung. Sie sind, wenn sie ohne plausible Anamnese bei einem Kind auftreten, als sog. gewichtige Anhaltspunkte nach dem Bundeskinderschutzgesetz zu werten und erlauben unter den vorgestellten Bedingungen einen Bruch der Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt. Zusätzlich steht seit dem 01.07.2017 zu jedem der oben genannten Schritte ein telefonisches Beratungsangebot

durch Ärzte zur Verfügung: die Medizinische Kinderschutz-Hotline, die unter der Nummer 0800 19 210 00 rund um die Uhr kostenlos verfügbar ist. Sie richtet sich an Angehörige der Gesundheitsberufe und somit explizit auch an Fachkräfte im Rettungsdienst und berät zu allen Fragen des Kinderschutzes.

Diskussion. Weiterbildung und Beratung aller medizinischen Fachkräfte, die mit Kindern zu tun haben, sind der richtige Weg, um die Behandlung von Misshandlung betroffener Kinder zu verbessern.

Schlüsselwörter

Kinderschutz · Kindesmisshandlung · Häusliche Gewalt · Medizinische Kinderschutz-Hotline · Verletzungsmuster

Child protection in emergency medical services. Recognize, assess, act

Abstract

Background. Emergency medical services come into contact with child maltreatment, neglect and domestic violence on a regular basis. Such cases are particularly stressful for the professionals and also provoke uncertainty in how to act. Healthcare research shows that affected patients are urgently dependent on decisive and deliberated actions from all members of the healthcare system, including the emergency rescue services. The short and long-term consequences of missed chances to intervene are devastating and in extreme cases can even be fatal

Objective. We aim to demonstrate the deficits and obstacles present in the emergency care treatment of maltreated children. After reading this paper, the reader should be in a position to carry out a preliminary

risk assessment of maltreated children, know effective interventions and available counseling helplines.

Methods. We present the relevant literature, personal experiences and a nationwide counseling helpline for healthcare professionals.

Results. Fractures and hematomas can have a high specificity for physical abuse, particularly in young children. They can be regarded as grave indicators for maltreatment, according to the German Federal Child Protection Act (Bundeskinderschutzgesetz), if they are present without any plausible explanation in a child. Based on these indicators, under certain circumstances a breach of professional discretion is allowed towards youth welfare services. Since 1

July 2017 healthcare professionals can seek counseling by trained physicians free of charge by calling the medical child protection hotline on 0800 19 210 00 around the clock. Every healthcare professional, particularly members of the emergency medical services can call this service with respect to all questions of child protection.

Conclusion. To improve the care for children who have been victims of maltreatment, it is effective to provide training and counseling to every healthcare professional who works with children.

Keywords

Child protection · Child abuse · Domestic violence · Hotlines · Injury pattern

Um in Akutsituationen trotz schwieriger Umstände und begrenzter Informationen gute Entscheidungen treffen zu können, ist eine klare Struktur unerlässlich. Eine orientierende Gefährdungsabschätzung in der Notfallmedizin muss also ganz anders aufgebaut sein als die Abläufe, die z. B. in einer multiprofessionellen Kinderschutzgruppe oder in der Jugendhilfe Standard sind. Wichtig ist hier vor allem, mit einer gewissen Sensitivität abwendbar gefährliche Verläufe zu

erfassen und das Kind einer differenzierteren Diagnostik, die dann mit der nötigen Spezifität arbeitet, zuzuführen.

Im Folgenden wurde anhand der verfügbaren Literatur ein Algorithmus erstellt, der helfen soll, mit einem Minimum an Informationen besonders gefährdete Kinder zu identifizieren. Selbstverständlich kann aus einer individuellen Situation auch ohne die dargestellten Befunde eine hohe Besorgnis resultieren, die ernst genommen und verfolgt werden sollte.

Verletzungsmuster

Bei allen körperlichen Verletzungen sind das Alter und die Mobilität des Kindes entscheidende Faktoren für die Glaubwürdigkeit einer Unfallanamnese. Hierbei hilft ein Ansatz der umgedrehten Kausalität:

- Welche Verletzungen hat das Kind?
- Welche Unfallmechanismen/Kräfte sind nötig, um diese Verletzungen zu verursachen?



Abb. 1 ▲ Hämatome retroaurikulär und am Hinterrand der Helix des linken Ohrs

- Sind diese spezifischen erforderlichen Kräfte und Mechanismen konsistent mit der Anamnese der Bezugsperson? Hat das Kind die motorischen Fähigkeiten, um ohne fremde Einwirkung diesen Mechanismus auszulösen? (Mod. nach [15].)

Nach Misshandlungen erfolgt das Aufsuchen/Anfordern medizinischer Hilfe häufig verzögert [16]. Wer in der Notfallmedizin jeden Tag miterlebt, wie vermeintlich banale Anlässe Patienten so dramatisch erscheinen, dass sie zu jeder Tages- und Nachtzeit die Rettungsdienste verständigen und sich in Notaufnahmen vorstellen, dem sollte besonders auffallen, wenn schwerkranke kleine Kinder erst mit erheblicher Verzögerung medizinischer Versorgung zugeführt werden.

Auch für die medizinische Einschätzung des Schweregrades einer Verletzung ist die Anamnese entscheidend: Wenn an dem von den Eltern berichteten Unfallhergang gezweifelt werden muss, sind auch weitere, nicht offensichtliche Verletzungen möglich (z. B. intraabdominell). Dies ist auch bei der Wahl der entsprechenden Zielklinik zu bedenken.

Kopftraumata

Nichtakzidentelle (d. h. zugefügte) Kopfverletzungen (zu denen auch das Schütteltrauma gehört) betreffen vorwiegend, aber nicht nur Säuglinge und gehören dort zu den häufigsten Todesursachen überhaupt [17]. Die Letalität von ca. 20 % ist Ausdruck der massiven Kräfte, die

beim gewaltsamen Schütteln auf das Säuglingsgehirn wirken. Die klinische Symptomatik (Apnoe, zerebrale Anfälle, Somnolenz, Erbrechen, gespannte Fontanelle) entsteht durch die parenchymatösen Verletzungen, die die Akzelerations-Dezelerations-Bewegungen verursachen. Die aus dem Zerreißen der Brückenvenen resultierenden subduralen Blutungen sind in der Regel nicht raumfordernd, eher entsteht eine intrakranielle Druckerhöhung durch ein diffuses Hirnödem. Die genannten Symptome bei einem zuvor gesunden Säugling müssen daher auch an die Möglichkeit einer Misshandlung denken lassen.

» Die beiden Leitsymptome umfassen initiale Apnoe und zerebrale Anfälle

Auch die unspezifische stumpfe Gewalt gegen den Kopf kommt als Misshandlung vor. Die beiden Leitsymptome, die bei kopfverletzten Kindern statistisch signifikant eher mit Misshandlungen assoziiert sind, umfassen initiale Apnoe und zerebrale Anfälle [18]. Häufig sind dann weitere (diskrete) Verletzungen am Körper zu finden (Hämatome an Ohren, Hals, Rumpf) oder es werden radiologisch alte Frakturen gesehen (■ **Abb. 1**).

Hämatome und Frakturen

Hämatome sind die Folge stumpfer Gewalteinwirkung und entstehen beim Schlagen mit der Hand oder Faust oder mit Gegenständen. Im letzteren Fall entstehen häufig geformte Hämatome, die Auskunft über den verwendeten Gegenstand geben. Grundsätzlich gilt: „those who don't cruise, rarely bruise“, d. h. prämobile Kinder haben sehr selten unfallbedingte Hämatome.

Mary Clyde Pierce et al. entwickelten eine einfache Regel, die mit einer Spezifität von 84 % misshandlungsbedingte von unfallbedingten Hämatomen unterscheiden kann Während bei Säuglingen unter 4 Monaten jegliches Hämatom dringend misshandlungsverdächtig ist, sind dies bei Kindern zwischen 4 Monaten und 4 Jahren Hämatome an Rumpf, Oh-

ren und Hals („TEN4“-Regel: Torso, Ear, Neck). In einer Literaturübersicht konnten Maguire et al. zusätzlich für multiple Hämatome an Armen und Gesäß ein gehäuftes Auftreten bei Misshandlungen nachweisen [19].

Auch Frakturen setzen wie die Hämatome eine gewisse Mobilität des Kindes voraus. Daher sind Frakturen bei Säuglingen selten und dann abhängig von der Lokalisation mehr oder weniger misshandlungsverdächtig.

Bei Kindern jeglichen Alters sind Faktoren wie eine unklare Anamnese, geformte Verletzungsmuster und verzögerte ärztliche Vorstellung als Hinweise auf eine potenzielle Misshandlung einzustufen [16]. Während bei Säuglingen unter 12 Monaten eine Vielzahl von Frakturen mit >25%iger Häufigkeit durch Misshandlungen hervorgerufen werden, sind bei Kindern zwischen 1 und 3 Jahren noch die Rippenfrakturen mit über 25%iger Häufigkeit auf eine nichtakzidentelle Genese zurückzuführen [20].

Kemp et al. haben in einer Übersichtsarbeit herausgearbeitet, dass die folgenden Frakturen im Kindesalter häufiger durch Misshandlungen hervorgerufen wurden als durch Unfälle [21]:

- multiple Frakturen,
- Rippenfrakturen.

Mit ■ **Abb. 2** haben wir eine schematische Darstellung typischer Verletzungen nichtakzidenteller Genese nach Pierce [22] und Leventhal [20] entwickelt. Eine Gefährdungseinschätzung des individuellen Falles ist unabhängig von diesen statistischen Maßzahlen unerlässlich.

■ **Abb. 3 und 4** zeigen fast pathognomonische Verletzungsmuster: ■ **Abb. 3** zeigt sog. Doppelstriemen, die als Folge von Stockhieben entstehen, ■ **Abb. 4** ein Schlaufenmuster, das durch Schläge mit Kabeln hinterlassen wird (Handyladekabel sind nach eigenen Beobachtungen ein häufiges „Werkzeug“, möglicherweise aufgrund ihrer weiten Verbreitung).

Bisswunden

Bisswunden sind charakteristische Verletzungen, die häufig sofort als solche erkannt werden können. Hier ist vor allem

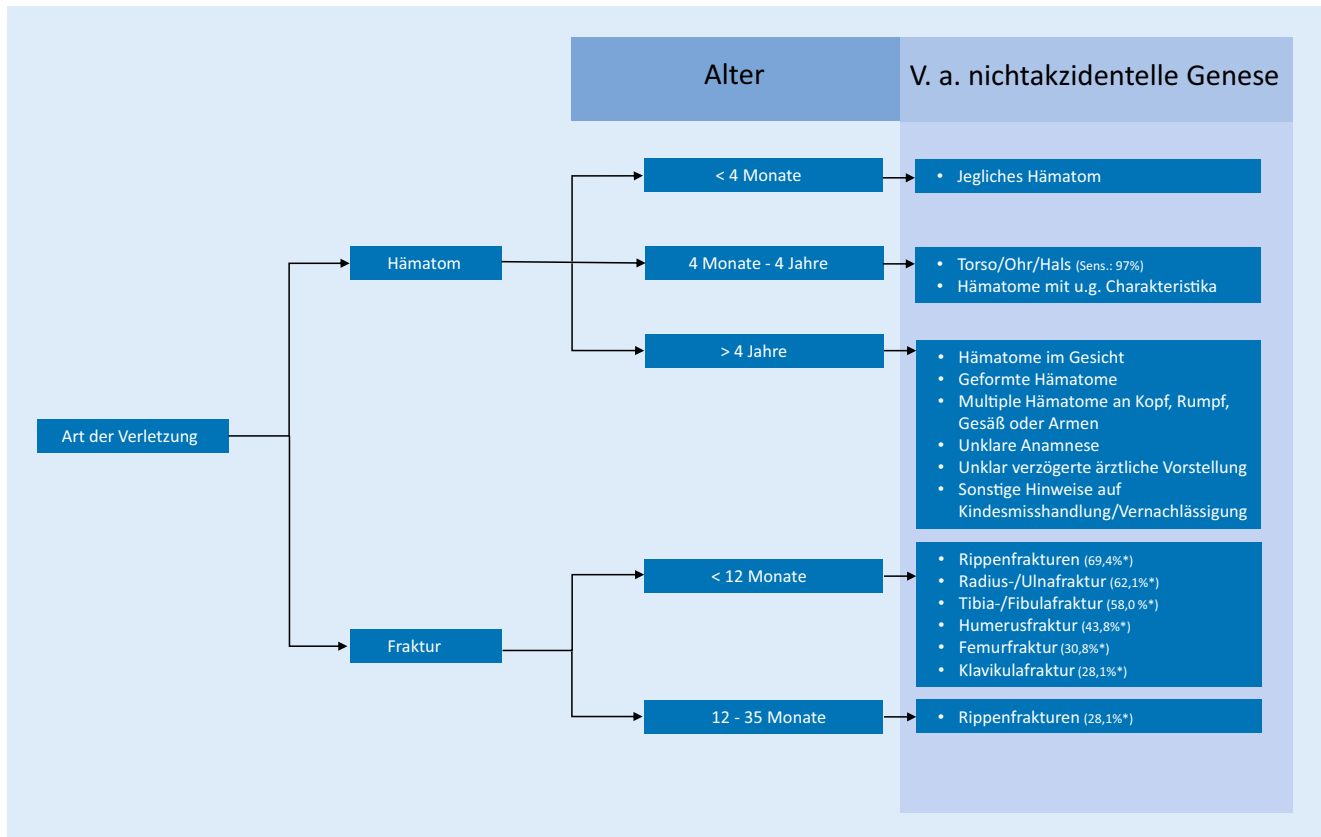


Abb. 2 ▲ Schematische Darstellung typischer Verletzungen nichttakzidenteller Genese nach Pierce [22], Maguire [19] und Leventhal [20]. (*) Anteil der durch Misshandlung hervorgerufenen Verletzungen; Sens. Sensitivität

die Größe, d. h. der Abstand zwischen den Eckzähnen („Intercanin-Abstand“) entscheidend, weil dieser erlaubt, ein Kindergebiss (z. B. durch Geschwister, andere Kinder) von einem Erwachsenengebiss und somit eindeutiger Misshandlung sicher zu unterscheiden. Der Intercanin-Abstand beträgt 3,0–4,5 cm bei Erwachsenen, 2,5–3,0 cm bei Kindern oder kleinen Erwachsenen und <2,5 cm beim kindlichen Milchgebiss [23]. Da von Erwachsenen zugefügte Bisswunden häufig durch besondere Aggressivität oder eingeschränkte Steuerungsfähigkeit entstehen [24], besteht ohne Intervention eine erhebliche Gefährdung des Kindes vor weiteren schweren Übergriffen (■ Abb. 5).

Verbrennungen/Verbrühungen

Körperliche Misshandlung wird als Ursache von 10–14 % (!) aller thermischen Verletzungen im Kindesalter angegeben [25]. Hinzu kommen noch die Unfälle

aufgrund vernachlässigter Aufsichtspflicht.

Auch im Falle thermischer Verletzungen muss der berichtete Unfallhergang mit der Form der Verletzungen in Einklang zu bringen sein. Heruntergezogene Behälter mit heißer Flüssigkeit verursachen üblicherweise Verbrühungen an der Vorderseite des Rumpfes, „Ablaufspuren“ und Spritzmarken, die allesamt unregelmäßig geformt sind. Strumpfbzw. handschuhförmige Verbrühungen sprechen für zugefügte Immersionsverletzungen, geformte Verbrennungen lassen häufig den verwendeten Gegenstand erkennen (z. B. Bügeleisen).

Wieder ist das Alter des Kindes entscheidend für die Frage, ob der berichtete Unfall ohne die Einwirkung eines/ einer Erwachsenen entstanden sein kann. In der Notaufnahme der DRK Kliniken Berlin | Westend wurde ein einjähriges Kind mit Iib°igen Verbrennungen beider Handrücken vorgestellt. Nach Auskunft der Bezugsperson habe das Kind zunächst einen Hocker ohne Hilfe ge-

holt, diesen vor dem Herd platziert, dann einen Topf mit kochendem Wasser zur Seite gestellt und im Anschluss beide Handrücken auf die heiße Herdplatte gelegt. Diese Anamnese ist zweifelsfrei unmöglich.

Bei mutmaßlich beigebrachten Verbrühungen oder Verbrennungen muss aufgrund der Schwere der Verletzungen umgehend Sicherheit für das Kind hergestellt werden.

Vernachlässigung

Vernachlässigungen haben zumeist einen chronischen Verlauf. Trotzdem ist die Vernachlässigung der hygienischen oder textilen Bedürfnisse eines Kindes in der Regel rasch zu erkennen. Bei sicher fehlenden Anzeichen wie Mangelernährung, Exsikkose oder nicht adäquat behandelten schweren Erkrankungen der Kinder wird dadurch allein in der Regel nur selten eine so akute Gefährdung entstehen, dass eine sofortige Intervention zur Sicherung des Kindeswohls erforderlich



Abb. 3 ▲ Zwei parallel angeordnete Erytheme mit zentraler Abblassung (Doppelstriemen)



Abb. 4 ▲ Mehrere schlingenförmige Hämatome z. T. mit Abloderung der Oberhaut im Bereich der linken Halsseite

lich ist – eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt wird hier meist z. B. geplant am nächsten Werktag erfolgen können. In mildereren Fällen ohne akute Gefährdung umfassen die Interventionen des Jugendamtes eher Hilfsangebote zur Stärkung familiärer Ressourcen. Die Weitergabe dieser Informationen an die Zielklinik ist somit von größter Bedeutung. Häufig weisen chronisch vernachlässigte Kinder auch eine deutliche Entwicklungsverzögerung auf und bedürfen einer gezielten, intensiven Förderstrategie z. B. an einem sozialpädiatrischen Zentrum oder einer Frühförderereinrichtung. Solche intensive, medizinische und psychosoziale Betreuung kann dann wiederum durch den regelmäßigen Kontakt auch die Sicherheit der Kinder besser gewährleisten.

Vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern kann eine akute Gefährdung durch Vernachlässigung durch das Vorhalten medizinischer Versorgung oder durch Unterernährung entstehen. Hier ist von einer akuten Gefährdung auszugehen, die eine umgehende Einweisung des Kindes oder Information des Jugendamtes rechtfertigen kann.

Häusliche Gewalt

Zur besonderen Bedeutung der Notfallmedizin bei häuslicher Gewalt haben bereits Poloczec et al. und Wieners et al. ausführlich in dieser Zeitschrift in den Ausgaben 7/2002 und 1/2012 Stellung genommen [26, 27]. Unabhängig davon, ob Kinder selbst Opfer von Gewalt wer-

den oder „nur“ miterleben müssen, wie ein Elternteil Gewalt erlebt, führt beides zu denselben deletären Langzeitfolgen. Auch dies konnten die großen Untersuchungen zu den sog. „adverse childhood experiences“ [14] oder die Arbeiten von Martin Teicher [28] deutlich zeigen. Das „Miterleben häuslicher Gewalt“ ist somit unbedingt als eigene Form der Kindeswohlgefährdung zu sehen und erfordert entsprechende Interventionen zum Schutz des Kindes.

Informationsweitergabe vs. Schweigepflicht

Im Jahr 2012 hat der Gesetzgeber mit dem Bundeskinderschutzgesetz einen Rechtsrahmen geschaffen, der erstmals eine Befugnisnorm zur Information des Jugendamtes beinhaltet (§ 4 KKG, siehe [Infobox 1](#)) und damit die zahlreichen länderspezifischen Regelungen abgelöst. Diese neu definierte Befugnis zur Weitergabe von Informationen und das damit verbundene Recht der Inanspruchnahme einer Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft sollte die Angst der Angehörigen der Heilberufe vor einer Strafverfolgung wegen Bruchs der Schweigepflicht reduzieren.

Ein Recht zum Bruch der Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt besteht immer dann, wenn „gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes“ ([Infobox 1](#)) bekannt werden und dies nicht mit eigenen professionellen Mitteln beseitigt oder geklärt

werden kann. Allerdings sind die Eltern darüber zumindest zu informieren, wenn es nicht dem Schutz des Kindes entgegensteht. Einverstanden sein müssen sie jedoch nicht.

Es ist zu beachten, dass die Befugnisnorm ausschließlich die Informationsweitergabe an das Jugendamt regelt. Eine Informationsweitergabe an die Polizei oder andere Behörden unterliegt weiterhin dem § 34 Strafgesetzbuch (StGB) „rechtfertigender Notstand“ und muss das notwendige und geeignete Mittel sein, um das höhere Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit des Kindes zu schützen.

Die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes zeigt jedoch, dass im Berufsalltag bezüglich der Befugnisnorm noch große Unsicherheit herrscht und der Beratungsanspruch nicht regelmäßig genutzt wird. Das Angebot zur Beratung durch eine sog. insoweit erfahrene Fachkraft wird auch aufgrund unterschiedlicher „Sprachen“ zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen und aufgrund begrenzter (werk-)täglicher Erreichbarkeit wenig genutzt [29]. Beide Aspekte sind für Fachkräfte in der Notfallmedizin besonders relevant, wie erste Erfahrungen mit der Medizinischen Kinderschutz-Hotline zeigen.

Die Medizinische Kinderschutz-Hotline 0800 19 210 00

Um diese Kommunikationslücke zwischen Jugendamt und Gesundheitswesen zu schließen, fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein deutschlandweites telefonisches Beratungsangebot für medizinisches Fachpersonal bei Fragen von Kindeswohlgefährdung. Die Medizinische Kinderschutz-Hotline ist unter der Nummer 0800 19 210 00 bundesweit kostenfrei erreichbar. Das Projekt ist an zwei Standorten angesiedelt, der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Uniklinik Ulm (Gesamtprojektleitung: Prof. Dr. med. J. M. Fegert) sowie den DRK Kliniken Berlin | Westend. Die Beratung erfolgt rund um die Uhr durch Mediziner mit speziellem Hintergrundwissen im Kinderschutz. Durch die kollegiale Beratung



Abb. 5 ▲ Zwei bogenförmig angeordnete Hämatome mit oberflächlichen Hautabschürfungen im Randbereich und zentral deutlicher Einblutung (Sogwirkung), beachte den Maßstab in Zoll statt cm

soll das Problem unterschiedlicher Fachsprachen und Herangehensweisen der Beteiligten überwunden werden. Die Berater durchlaufen zusätzlich zu ihrer medizinischen Ausbildung eine Schulung zur insoweit erfahrenen Fachkraft, die sich üblicherweise an Mitarbeiter der Jugendhilfe richtet. Den Beratern selbst steht rund um die Uhr ein fachärztlicher Hintergrunddienst aus der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Rechtsmedizin (Institut für Rechtsmedizin der Universität Freiburg, Prof. Stefan Pollak) zur Verfügung.

» Die Medizinische Kinderschutz-Hotline steht rund um die Uhr zur Verfügung

Das Ziel der Medizinischen Kinderschutz-Hotline ist es, Verständigungsprobleme, die zu Lücken im Kinderschutz führen, zu überwinden und stellt somit kein Konkurrenzangebot zu etablierten Hilfsstrukturen dar. Vielmehr werden als Teil der Beratung auch lokale Angebote genannt und eine Vernetzung der Anrufer mit bestehenden Strukturen vor Ort angeregt.

Aufgrund der 24-stündigen Erreichbarkeit und der zeiteffektiven, kollegialen Kommunikation scheint die Hotline die Bedürfnisse von Fachkräften in der Notfallmedizin in besonderem Maß zu erfüllen, was sich u. a. an der hohen Inanspruchnahme der Hotline durch diese Fachkräfte zeigt.

Wirksame Interventionen

Die folgenden Empfehlungen gelten unabhängig davon, ob das gefährdete Kind selbst der eigentliche Patient des Einsatzes ist. Auch wenn der Fokus dieses Artikels primär auf dem präklinischen Rettungsdienst liegt, treffen die Empfehlungen im Wesentlichen auch für nicht-pädiatrische Notaufnahmen zu.

Nichtkooperative Eltern

Sollte die geplante Einweisung in eine geeignete Klinik nicht möglich sein, beispielsweise weil die Sorgeberechtigten dies ablehnen oder das Kind gar nicht der eigentliche Patient des Einsatzes ist, erfolgt das weitere Vorgehen anhand einer persönlich vorgenommenen Gefährdungseinschätzung. Die Grundlage hierfür können beispielsweise die oben beschriebenen Verletzungsmuster sein. Grundsätzlich ist immer explizit zu klären, wer das Sorgerecht innehat.

Tipp aus der Praxis. Ausweis der Bezugspersonen zeigen lassen und explizit nach dem Sorgerecht fragen. Dies kann enorm hilfreich sein, wenn z. B. ein Elternteil in die Einweisung einwilligt, das andere aber nicht und sich im Folgenden herausstellt, dass nur das kooperative Elternteil das Sorgerecht innehat. Oder wenn die Inhaber des Sorgerechts gar nicht vor Ort sind. Dann ist zur Klärung der Situation praktisch immer die Einschaltung Dritter (Jugendamt, Polizei) nötig und zulässig.

Es ist in der Regel wenig hilfreich, Eltern vor Ort mit einem Misshandlungsverdacht zu konfrontieren. Vielmehr sollte die eigene Besorgnis um den Zustand des Kindes und evtl. vermutete innere Verletzungen oder schwere Grunderkrankungen (ein Hämatom ohne adäquates Trauma könnte Ausdruck einer Gerinnungsstörung sein) betont werden.

Vor einem schwierigen Elterngespräch sollte man sich über die eigene Haltung klar sein. Dies umfasst in Fragen des Kinderschutzes immer die Frage: Wie hoch ist meine Besorgnis und wie schnell muss gehandelt werden, um das Kind wirksam zu schützen (ggf. auch vor einer abschließenden Klärung der Situation)? Daraufbasierend sollte die Festlegung auf einen inneren Handlungsplan erfolgen, wobei mitunter flexibel reagiert werden muss, wenn der ursprüngliche Handlungsplan (z. B. Klinikeinweisung eines Kindes) an mangelnder Kooperationsbereitschaft der Erziehungsberechtigten scheitert. Es ist daher außerordentlich wichtig, diese Gespräche nie alleine zu führen und anschließend gut zu dokumentieren. Ggf. kann vor einem solchen Gespräch eine Beratung erfolgen (insoweit erfahrene Fachkraft im Jugendamt, Medizinische Kinderschutz-Hotline).

Wahl des Krankenhauses

Der nächstliegende Weg, im Rettungsdienst kurzfristig Sicherheit für ein von Misshandlung bedrohtes Kind herzustellen, ist die Einweisung in eine Klinik. Wie weiter oben ausgeführt, ist dies eine notwendige, aber nicht hinreichende Maßnahme. Zu beachten ist, dass die Zielklinik für die Versorgung von Kindern mit unklaren Verletzungen geeignet sein sollte. Als Mindeststandard ist daher eine Kinderklinik/kinderchirurgische Klinik zu fordern, wenn bei einem Kind eine körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung abgeklärt werden soll. Hohe Standards in der Evaluation von Kindern mit Misshandlungsverdacht kann in Kliniken erwartet werden, die eine Kinderschutzgruppe vorhalten (Liste abrufbar unter www.dgkim.de/kinderschutzgruppen). Diese werden aktuell sukzessive von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der

Infobox 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung
 (1) Werden (...) Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, (...) in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind (...) und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, (...) auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes (...) nicht in Frage gestellt wird.
 (2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.
 (3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes (...) abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes (...) in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Medizin akkreditiert und weisen nach, dass sie auf die Expertise verschiedener medizinischer Disziplinen und verschiedener Berufsgruppe zugreifen können, Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Jugendämtern, Familiengerichten, Polizei und Staatsanwaltschaft besitzen und nach formalisierten Protokollen arbeiten.

Dokumentation

Eine auch noch nach Wochen verständliche und lesbare Dokumentation kann entscheidende Hinweise liefern, auch wenn erst im Verlauf der weite-

ren Behandlung der Verdacht auf eine körperliche Misshandlung entstanden ist. Schließlich ist jeder Einsatz des Rettungsdienstes eine Art „medizinischer Ortstermin“. Die Dokumentation widersprüchlicher Aussagen der Eltern in der Akutsituation, besonderer Umstände vor Ort und bei schweren Verletzungen auch eine Skizze können ein Kind vor weiterer, teils jahrelanger Misshandlung bewahren. Umgekehrt kann sie auch Familien von den Folgen eines falschen Verdachtes entlasten, insbesondere bei untypischen Unfallverläufen.

Aussagen des Kindes und anderer beteiligter Personen sollten möglichst wörtlich dokumentiert werden und dies sollte auch so gekennzeichnet werden. Nur so ist erkennbar, dass frei von eigener Interpretation dokumentiert wurde, was bei späteren Gerichtsverfahren sehr wertvoll sein kann.

Insbesondere in strittigen Fällen, wenn akut die Schweigepflicht zum Schutz des Kindes gebrochen werden musste, muss aus einer schriftlichen Dokumentation klar hervorgehen, welches die Aspekte waren, die Besorgnis ausgelöst haben, und dass z. B. weniger invasive Mittel wie eine Klinikeinweisung an der mangelnden Kooperation der Eltern gescheitert sind. Solch eine Dokumentation ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das eigene Vorgehen auch einer juristischen Überprüfung standhält.

Schließlich sind körperliche Befunde mit einer besonderen Sorgfalt zu dokumentieren, die über die rein medizinische Relevanz weit hinausgeht. Lokalisation, genaue Anzahl, Größe und Farbe von Hämatomen sollten präzise beschrieben und in eine Skizze eingezeichnet werden (wenn immer möglich zusätzlich Fotodokumentation, Empfehlungen hierzu bei Verhoff et al. [30]). Hierfür existieren sehr praxisnahe, kostenlos verfügbare Dokumentationsvorlagen, z. B. von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin [25], auch in [17]. Eine Altersbestimmung von Hämatomen anhand der Farbe ist sehr unsicher und sollte Rechtsmedizinern vorbehalten bleiben.

Kontakt zum Jugendamt

Der unmittelbare Kontakt zum Jugendamt auch außerhalb der üblichen Arbeitszeiten ist bundesweit nicht einheitlich geregelt. Nach unserer Erfahrung sind dies jedoch die häufigsten Lösungen:

- In Leitstellen sind die Nummern diensthabender Mitarbeiter des Jugendamtes vermerkt.
- Die diensthabende ärztliche Leitung der Kinderklinik hat eine Notfallrufnummer des zuständigen Jugendamtes.
- In manchen Kommunen existieren jugendamtsübergreifend Notdienste, d. h. das nachts zuständige Jugendamt kann auch in der Nachbarstadt liegen.
- Große Jugendämter haben bereits einheitliche Notrufnummern mit langer, teils 24-stündiger Erreichbarkeit.

Sollte das Jugendamt nicht erreichbar sein und die Gefährdung des Kindes wird als akut eingeschätzt, kann auch gegen den Willen der Sorgeberechtigten die Zuziehung der Polizei als „rechtfertigender Notstand“ gerechtfertigt, manchmal auch dringlich geboten sein.

Es mag vorkommen, dass man sich der eigenen Besorgnis erst nach einem abgeschlossenen Einsatz bewusst wird, wenn man etwas zur Ruhe gekommen ist und den Einsatz noch einmal durchdenkt. Dann sind die eigenen Möglichkeiten naturgemäß beschränkt, da der direkte Kontakt zu Kind und Sorgeberechtigten nicht mehr gegeben ist. Hier kann aber die Kontaktaufnahme zum lokalen Jugendamt für eine anonyme Beratung hilfreich sein. Die bereits erwähnten insoweit erfahrenen Fachkräfte beraten zunächst anonym und können bei der Einschätzung helfen, welche Maßnahmen notwendig wären, um die Situation zu klären. Deswegen sollte sich jede Fachkraft im Gesundheitswesen im Vorfeld informieren, welches Jugendamt zuständig ist und wie dieses erreicht werden kann. Auch die Medizinische Kinderschutz-Hotline steht bundesweit rund um die Uhr unter 0800 19 210 00 für eine solche Beratung zur Verfügung.

Fazit für die Praxis

- Passen Anamnese, Verletzungsmuster sowie Alter und Mobilität des Kindes zusammen?
- Wenn nicht, besteht der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung und der Schweregrad der Verletzungen kann nicht immer adäquat eingeschätzt werden.
- Die Inspektion des gesamten, unbedeckten Körpers sollte zumindest bei Kindern in der Notaufnahme selbstverständlich sein.
- Auch diskrete Befunde (Ohrhämatom) können eine gefährliche Körperverletzung anzeigen.
- An möglicherweise ebenfalls gefährdete Geschwisterkinder denken!
- Die (orientierende) Einschätzung „Wie akut ist die Gefährdung?“ muss neben der eigentlichen medizinischen Verletzung handlungsleitend sein.
- Bei Besorgnis auch selbst tätig werden, nicht nur auf andere verlassen.
- Dokumentieren Sie Aussagen (wenn möglich wortwörtlich) und Auffindsituation so ausführlich und präzise.
- Bei untypischen Unfallmechanismen kann Ihre Dokumentation die Eltern von dem Vorwurf der Misshandlung auch entlasten.
- Bei Bedarf Beratung einholen, z. B. rund um die Uhr unter 0800 19 210 00.

Korrespondenzadresse



O. Berthold
DRK Kliniken Berlin | Westend
Spandauer Damm 130,
14050 Berlin, Deutschland
o.berthold@
drk-kliniken-berlin.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Das Projekt Medizinische Kinderschutzhotline wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Die Autoren M. von Aster, A. von Moers, P. Plener, M. Kölich und J. M. Fegert haben die Projektleitung inne. Die Gehälter der Autoren O. Berthold, V. Clemens, S. Ahne und A. Witt werden ganz oder teilweise aus Projektmitteln finanziert.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int* 108(17):287–294
2. Witt A, Brown R, Plener P, Brähler E, Fegert JM (2017) Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 11:47
3. Leeb RT, National Center for Injury Prevention and Control (2008) Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, GA
4. Welch GL, Bonner BL (2013) Fatal child neglect: characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse Negl* 37:745–752
5. Peclet M, Newman K, Eichelberger MR, Gotschall C, Guzzetta P, Anderson K, Garcia V, Randolph J, Bowman L (1990) Patterns of injury in children. *J Pediatr Surg* 25(1):85–90
6. Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr? IGSF, Kiel
7. Habetha S, Bleich S, Weidenhammer J, Fegert JM (2012b) A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6(1):35
8. Schleichriemen T, Masson R, Burghofer K, Lackner C, Altemeyer K (2006) Pädiatrische Notfälle in der präklinischen Notfallmedizin: Schwerpunkte des Einsatzspektrums im bodengebundenen Rettungsdienst und in der Luftrettung. *Anaesthesist* 55(3):255–262
9. Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Desurmont M, Dhellemmes P (2005) Accidental and nonaccidental head injuries in infants: a prospective study. *J Neurosurg Pediatr* 102(4):380–384
10. Maguire S, Mann M, John N, Ellaway B, Sibert JR, Kemp AM (2006) Does cardiopulmonary resuscitation cause rib fractures in children? A systematic review. *Child Abuse Negl* 30(7):739–751
11. Leitner H, Troscheit K (2008) Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge oder schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg – start g GmbH, Oranienburg
12. Fegert JM, Ziegenhain U, Fangerau H (2010) Problematische Kinderschutzverfahren – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Beltz Juventa, Weinheim, München (1 Hrsg)
13. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A (1999) Analyses of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 281(7):621–626
14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14(4):245–258
15. Jenny C (2011) Injury Mechanisms. In: Jenny C (Hrsg) Child abuse and neglect – diagnosis, treatment, and evidence. Elsevier Saunders, St. Louis, Missouri, S 351
16. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, van den Elzen AP, de Koning HJ, Moll HA (2014) Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl* 38:1275–1281
17. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2016) Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer, Heidelberg
18. Hymel KP, Willson DFBSC, Pullin DA, Homa K, Lorenz DJ, Herman BE, Graf JM, Isaac R, Armijo-Garcia V, Narang SK (2013) Derivation of a clinical prediction rule for pediatric abusive head trauma. *Pediatr Crit Care Med* 14(2):210–220
19. Maguire S, Mann M, 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
20. Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG (2008) Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: results from analysis of a united states database. *Pediatrics* 122(3):599–604
21. Kemp M, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta S, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S (2008) Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *Br Med J* 337:a1518
22. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge J, O’Flynn J, Lorenz DJ (2010) Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 125(1):67–74
23. Kemp, Maguire S, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M (2006) Can we identify abusive bites in children? *Arch Dis Child* 91(11):951
24. Jessee SA (1994) Recognition of bite marks in child abuse cases. *Pediatr Dent* 16(5):336–339
25. Herrmann B, v. Bismarck S, Franke I, Dettmeyer R, Blume F, Frese G, Flint R, Siewert J, Kunert D, Miehle C, Neumann A, Starke A-K, Kindesmisshandlung.de (2016) http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/DGKiM-DAKJ_KSG-Leitfaden_1.61-23.12.2016.pdf. Zugegriffen: 5. Sept. 2017
26. Poloczek S, Schmitt TK (2002) Häusliche Gewalt – Eine Herausforderung für die Notfallmedizin. *Notf Rettungsmed* 5(7):498–504
27. Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC, Oesterhelweg L (2012) Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. *Notf Rettungsmed* 15(1):65–80
28. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE (2006) Stick, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of child maltreatment. *Am J Psychiatry* 163:993–1000
29. Bertsch BM (2015) Der erweiterte Beratungsauftrag für insoweit erfahrene Fachkräfte durch das Bundeskinderschutzgesetz. Beratung von Berufsgeheimnisträgern aus dem Gesundheitswesen. Universität Ulm, Ulm
30. Verhoff MA, Kettner M, Lászik A, Ramsthaler F (2012) Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung. *Dtsch Arztebl Int* 109(39):638–642