

Diplomarbeit

Aufgaben und Arbeitsweisen einer Kinderschutzgruppe

Beschreibung am Beispiel der Kinderschutzgruppe Leoben

eingereicht von

Anna Kronabethleitner

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH Hochsteiermark

Standort Leoben-Eisenerz

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Prim. Dr.med.univ. Reinhold Kerbl

Bad Ischl, am 13.12.2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Bad Ischl, am 13.12.2015

Anna Kronabethleitner. eh

Zusammenfassung

Ziel: Darstellung der Aufgaben und Arbeitsweise von Kinderschutzgruppen (KSG) in Österreich und anderen Ländern. Auswertung der Kinderschutzgruppenarbeit im LKH Leoben (Zeitraum 2012-2014) **Methode:** Literaturrecherche und Aufbereitung der Daten aus den anonymisierten Protokollen der KSG in Leoben unter Verwendung geeigneter Variablen. **Resultate:** Die Arten von Kindesmisshandlung sind so vielfältig wie die Folgen, die sie hervorrufen. Die Qualität, Koordinierung und Effektivität der Kinderschutzarbeit in einer Krankenanstalt kann durch KSG verbessert werden. Ihre Aufgaben liegen sowohl in der Prävention und Früherkennung als auch in der Intervention. Außerdem bietet die KSG Expertise und Unterstützung im Umgang mit Kindeswohlgefährdung für alle im Gesundheitswesen Tätigen und fördern die Sensibilisierung für dieses Thema. In Österreich kam es seit den 1990er Jahren zur Gründung von KSG, seit 2004 ist deren verpflichtende Einrichtung gesetzlich verankert. Im beobachteten Zeitraum wurden in Leoben 44 Verdachtsfälle bearbeitet. Sexuelle Misshandlung wurde am häufigsten gemeldet, knapp gefolgt von körperlicher Gewalt. Das Tätigkeitsfeld der KSG Leoben ist äußerst vielfältig. **Diskussion:** Multidisziplinäre Arbeit hat im Kinderschutz viele Vorteile. Trotz großer Fortschritte in der Etablierung der KSG wurde deren Arbeit in Österreich noch wenig wissenschaftlich bearbeitet. Vor allem in den ersten Lebensjahren von Kindern sind Ärztinnen und Ärzte im medizinischen Kinderschutz gefordert. Nicht nur in der Pädiatrie sondern auch in anderen Fachgebieten kann interveniert oder Präventivarbeit geleistet werden. Aus- und Weiterbildung zum Thema Kindesmisshandlung sollte weiter gefördert werden. In Österreich ist eine Lockerung der strengen Datenschutzregelungen gefordert, um besseren Informationsaustausch zwischen den Disziplinen zu ermöglichen. Eine einheitliche Dokumentationsform aller KSG würde die Vergleichbarkeit und Auswertung ihrer Daten erleichtern und auch vor Gericht von Vorteil sein. Ein weiterer Ausbau der Kinderschutzarbeit im niedergelassenen Bereich wäre wünschenswert.

Schlüsselwörter: Kinderschutzgruppe, Kindesmisshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung, medizinischer Kinderschutz

Summary

Objective: Description of responsibilities and working methods of child protection groups (CPG) in Austria and other countries. Evaluation of the work performed by the child protection group in the state hospital of Leoben (for the years 2012-2014). **Method:** Literature review and workup of the data from the anonymized protocols of the CPG meetings in Leoben using appropriate variables. **Results:** The types of child abuse are as varied as the effects they produce. The quality, effectiveness and coordination of child protection work in an hospital can be improved by a CPG. Its responsibilities vary from prevention and early diagnosis to intervention. In addition, CPGs provide expertise and assistance in dealing with child endangerment for all health-care workers and promote awareness of this issue. In Austria, CPGs have been established since the 1990s and from 2004 their compulsory implementation has been rooted in law. In the observed period there were 44 suspected cases processed in Leoben. Sexual abuse has been reported most frequently, closely followed by physical violence. The field of activity of the CPG Leoben is highly diverse. **Discussion:** Multidisciplinary work has many advantages in child protection. Despite great progress in the establishment of the CPGs their work in Austria has not been studied scientifically. Especially in the early years of children there is much demand for doctors in medical child protection. Not only in pediatrics but also in other medical specialties intervention and preventive work can be provided. Education and training on the subject of child abuse should be promoted further. In Austria, a relaxation of the strict data protection rules is required in order to enable better exchange of information between disciplines. A standardized form of documentation of all CPGs would facilitate comparability and analysis of their data and would also be advantageous in court. Another expansion of child protection work in private practice would be desirable.

Keywords: child protection group, child maltreatment abuse, neglect, medical child protection

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	ii
Summary.....	iii
Inhaltsverzeichnis	iv
Glossar und Abkürzungen	vii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	ix
1 Einleitung	1
2 Material und Methoden	3
3 Ergebnisse.....	5
3.1 Definition.....	5
3.2 Aufnahme in das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz	6
3.3 Kinderschutz im extramuralen Bereich	7
3.4 Zusammensetzung der Mitglieder.....	7
3.5 Gesetzlicher Hintergrund ärztlichen Handelns	7
3.5.1 Kinderrechte in Österreich.....	7
3.5.2 Gewaltverbot in Österreich.....	8
3.5.3 Ärztegesetz	8
3.5.4 Ermessensspielraum	8
3.6 Arbeitsweise.....	9
3.6.1 Erkennen von Misshandlungen	10
3.6.2 Eingriffsmöglichkeiten	10
3.6.3 Dokumentation	10
3.7 Aspekte der Kinderschutzgruppenarbeit.....	11
3.7.1 Medizin.....	11
3.7.2 Entlastung.....	12

3.7.3	Qualitätssteigerung der Entscheidungen	12
3.7.4	Gewinn von Erfahrungen.....	12
3.7.5	Sensibilisierung an der Abteilung	12
3.7.6	Rasche Abklärung	13
3.7.7	Strukturiertes Vorgehen.....	13
3.7.8	Psychische Belastung	13
3.7.9	Ehrenamt.....	13
3.7.10	Grenzen.....	13
3.7.11	Gruppeninterne Faktoren.....	14
3.8	Kindesmisshandlung.....	15
3.8.1	Definition.....	15
3.8.2	Physische (körperliche) Misshandlung.....	15
3.8.3	Seelische Kindesmisshandlung	16
3.8.4	Sexuelle Misshandlung.....	16
3.8.5	Vernachlässigung	18
3.8.6	Sonderformen	19
3.9	Folgen	19
3.10	Die Kinderschutzgruppe Leoben.....	19
3.10.1	Zusammensetzung	19
3.10.2	Aktivitäten	20
3.10.3	Ablauf der Treffen.....	21
3.10.4	Dokumentation	21
3.10.5	Ergebnisse der Datenauswertung	22
3.11	Kinderschutzgruppen in Österreich.....	35
3.12	Medizinischer Kinderschutz in andren Ländern	36
3.12.1	Deutschland	37
3.12.2	Schweiz.....	38

4	Diskussion	39
4.1	Weiterentwicklung.....	48
4.1.1	Maßnahmen	48
4.1.2	Forschungsansätze.....	49
4.2	Ausblick.....	50
4.2.1	Finanzielle Vergütung	50
4.2.2	Rechtliches	50
4.2.3	Expertise	51
4.2.4	Abschlussbetrachtung.....	51
5	Literaturverzeichnis.....	52

Glossar und Abkürzungen

Abs.	Absatz
AG KiM	Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BVG	Bundesverfassungsgesetz
CPG	Child protection group
CPT	Child protection team
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
DGfPI	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
et. al.	et altera
etc.	et cetera
idgF	in der geltenden Fassung
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KSG	Kinderschutzgruppe
LKH	Landeskrankenhaus
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
RIS	Rechtsinformationssystem
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
URL	Uniform Resource Locator
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: besprochene Fälle der KSG Leoben in den Jahren 2012 - 2014.....	23
Abbildung 2: Verteilung der Anlässe für ein KSG-Treffen in Leoben.....	24
Abbildung 3: Verteilung der stationären und ambulanten Fälle	25
Abbildung 4: Verteilung der Geschlechter	25
Abbildung 5: Altersverteilung der betroffenen Kinder	26
Abbildung 6: Gründe für die Anforderung der Kinderschutzgruppe.....	27
Abbildung 7: Meldende Personen	28
Abbildung 8: Risikofaktoren Kindeswohlgefährdung	29
Abbildung 9: dokumentierter weiterer Verlauf der Verdachtsfälle	31
Abbildung 10: Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe	32
Abbildung 11: Einschaltung der Polizei durch eine Anzeige	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen KSG Leoben für die Jahre 2012 - 2014 (ohne Wiederholungen)	22
--	----

1 Einleitung

Kinder sind in ihrem Entwicklungsprozess vollkommen auf die Unterstützung und die Fürsorge ihrer Bezugspersonen angewiesen. Wenn die Eltern beziehungsweise das familiäre Umfeld diesen gesicherten Rahmen für die Entwicklung nicht gewährleisten können, ist es unbedingt notwendig, dass die Gesellschaft sich dieser gefährdeten Kinder annimmt. (1)

Kindeswohlgefährdung und -misshandlung sind weltweit in allen Gesellschaftsschichten verbreitet. Auch in der industrialisierten Welt sind sie unter den häufigsten Gründen für Morbidität und Mortalität von Kindern zu finden. (2) In Österreich kommt es jedes Jahr zu tausenden Fällen von Kindesmisshandlung verschiedenster Art. Goessler et al. (3) berichteten 2011 von einer durchschnittlichen jährlichen Anzeigenrate bei der Polizei von 785 Fällen, wobei die Dunkelziffer ebenso wie in allen anderen Ländern (4) um einiges höher eingeschätzt wird. Gerade Gewalt gegen Kinder durch Erwachsene aus der eigenen Familie ist eine in hohem Maße unsichtbare Form der Kindesmisshandlung, kommt jedoch in allen Gesellschaften weltweit häufig vor. (5, 6)

Die Gefahr, Opfer von Misshandlung zu werden, sinkt bei Minderjährigen mit aufsteigendem Lebensalter. Laut einer UNICEF-Studie (7), welche sich mit Fallzahlen der Mitgliedsstaaten der OECD auseinandersetzt, sind Kinder in ihrem ersten Lebensjahr dreimal häufiger betroffen als Kinder der Altersgruppen 1 – 4 Jahre. Diese haben jedoch immer noch ein 2-fach erhöhtes Risiko im Vergleich mit Kindern zwischen dem fünften und vierzehnten Lebensjahr. Schätzungen ergaben, dass in diesen Ländern fast 3500 der unter 15-Jährigen pro Jahr an körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung beziehungsweise deren Folgen starben. (7)

Die Formen von Misshandlung sind so vielfältig wie die Schäden, welche sie hervorrufen können. (8, 9) Aus der Entwicklungspsychologie ist bekannt, dass jede Art von Gewalterfahrung im Kindesalter Spuren hinterlässt, die Langzeitfolgen sind oft schwerwiegend. Die Tragweite der Störung korreliert auch mit dem Alter. Es wird beschrieben, dass das Ausmaß von Schädigungen erhöht ist, je früher in der Entwicklung des Kindes die Misshandlung einsetzt. (10) Außerdem wurde beobachtet, dass das Erfahren von Gewalt im Kindes- und Jugendalter ebenso ein Risikofaktor dafür ist, in der Zukunft selbst zum Täter zu werden.

Krankenhäuser oder Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich sind vor allem in den ersten Lebensjahren die einzigen Institutionen, welche die Kinder mehr oder weniger regelmäßig sehen und somit deren Wohlbefinden beurteilen können. Außerdem sind sie Anlaufstellen für Eltern, wenn Verletzungen bei den Minderjährigen einer Behandlung bedürfen. Somit kann im klinischen Umfeld unter der Voraussetzung von guter Schulung und interdisziplinärer Vernetzung beim Aufkommen eines Verdachtes unverzüglich nachgeforscht, überprüft oder auch eingegriffen werden. (10) Es ist bekannt, dass Kindesmisshandlung häufig vorkommt, jedoch oft viel zu selten oder sehr spät diagnostiziert wird. (11) Der Wunsch nach rasch eingeleiteten, koordinierten und effizienten Maßnahmen vereint dabei alle beteiligten Akteure. Eltern, Betroffene, Fachpersonal und ist nicht zuletzt auch von wirtschaftlichem Interesse. (8, 12)

Alle Berufsgruppen und Institutionen, welche mit Kindern arbeiten, sind für die Wahrung des Schutzes derer, die sie betreuen, mitverantwortlich. Die Kinderschutzarbeit stellt Personen in Gesundheitsberufen immer wieder vor große Herausforderungen. (12) Für diese Aufgabenstellung wurde eine Struktur benötigt, welche eine geordnete und zielführende Vorgehensweise möglich machen sollte. In den USA kam es bereits ab den 1960er Jahren zur Gründung von Kinderschutzgruppen. In Österreich gibt es solche seit 1990. (2) Auch im übrigen Europa wurden in den letzten 25 Jahren Kinderschutzgruppen eingeführt, wobei die Arbeitsweisen und Strukturen sich teilweise voneinander unterscheiden.

Heute sind multiprofessionelle Kinderschutzgruppen an allen österreichischen Kinder- und Jugendabteilungen verpflichtend etabliert (2, 13).

Die vorliegende Diplomarbeit soll die Aufgaben, historische Entwicklung, und Arbeitsweise einer Kinderschutzgruppe in Österreich darstellen. Möglichkeiten und Grenzen sollen ebenso aufgezeigt werden wie ein Vergleich mit anderen Ländern (insbesondere Deutschland und Schweiz). Besonders die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten als Teammitglieder soll beschrieben werden.

Ziel des zweiten Teils dieser Arbeit ist die systematische Auswertung von anonymisierten Protokollen der von der Kinderschutzgruppe des Landeskrankenhauses Hochsteiermark Standort Leoben-Eisenerz (LKH Leoben) behandelten Fälle im Zeitraum von 3 Jahren (2012, 2013, 2014). Das Ziel ist es, einen Einblick in deren Arbeitsweise zu erlangen und darzustellen. Die verschiedenen Gründe für eine Konsultation sollen aufgezeigt und

miteinander verglichen werden, um etwaige Häufungen oder Auffälligkeiten (z.B. in verschiedenen Altersgruppen) erkennen zu können. Die mit den Fällen verbundenen Begleitumstände sollen, soweit diese erhoben worden sind, ausgewertet werden.

Es ist das Ziel, eine fallorientierte Auswertung der Maßnahmen, welche von der Kinderschutzgruppe Leoben ergriffen bzw. empfohlen wurden, zu präsentieren. Die Zusammenarbeit der Gruppe mit anderen Institutionen und Behörden (Schule, Polizei, Kinder- und Jugendhilfe, regionale soziale Dienste, etc.) soll ausgewertet und die Bedeutung der Netzwerkbildung dargestellt werden. Die Ergebnisse der Recherche und der Auswertung werden im Anschluss diskutiert und ein Resümee über den derzeitigen Stand der Kinderschutzgruppen in Österreich und insbesondere der Kinderschutzgruppe Leoben gezogen. Dabei sollen Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt und der momentane Handlungsspielraum analysiert werden.

2 Material und Methoden

Die Vorbereitungen zur Erstellung der vorliegenden Diplomarbeit bestanden aus zwei Teilen. Für den allgemeinen Teil zum Thema Kinderschutzgruppen wurde eine Literaturrecherche im Internet durchgeführt. Die Online-Recherche über die Open Access Datenbank „PubMed Central“ wurde dazu genutzt, aktuelle Veröffentlichungen zu den ausgewählten Themenbereichen zu inkludieren. Die Erfassung von aktuellen Arbeiten zum Thema Kinderschutzgruppen, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie medizinischem Kinderschutz wurde zunächst über Review-Artikel begonnen. Ausgehend von diesen systematischen Übersichtsarbeiten wurden dann weitere relevante Artikel ausgewählt. In die Literaturrecherche wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache einbezogen. Gesucht wurde über folgende Begriffe und Begriffskombinationen: Kinderschutzgruppe, Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung, medizinischer Kinderschutz, nicht akzidentielle Verletzung des Kindes, Kindeswohlgefährdung, child protection team, child protection group, child abuse, maltreatment. Weiters wurde nach gedruckter Literatur bzw. relevanten Fachbüchern zum Thema im Gesamtbestand der Medizinischen Universität Graz sowie der Karl-Franzens-Universität Graz gesucht. Inkludiert wurden Bücher, welche sich allgemein mit dem Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie Kinderschutz beschäftigen. Um Daten über die derzeitige Lage in Österreich zu erfassen, wurden zusätzlich google.scholar und auch eine generelle Recherche mit Google hinzugezogen. Nur so war eine Erfassung der verschiedenen

Institutionen, welche sich in Österreich mit Kinderschutz beschäftigen, möglich. Da es in Österreich und im deutschsprachigen Raum noch sehr wenige Publikationen über Kinderschutzgruppenarbeit gibt, wurde keine zeitliche Begrenzung in den Auswahlkriterien der Arbeiten angewandt. Das Ziel war es, einen möglichst umfangreichen Bericht über die derzeitige Situation im medizinischen Kinderschutz zu bieten. Arbeiten aus dem englischsprachigen Raum mussten die Einschlusskriterien erfüllen: Beschreibung von Kinderschutzgruppen und deren Arbeit, Umgang mit misshandelten oder vernachlässigten Kindern und/oder Prävention bzw. Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Für die Beschreibung der rechtlichen Lage wurde ebenfalls über das Internet das Rechtsinformationssystem (RIS) des Bundeskanzleramtes hinzugezogen.

Publizierte Artikel, welche nicht öffentlich im Internet, im Zeitschriftenbestand oder über die elektronische Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz zugänglich und somit nicht verfügbar waren, wurden ausselektiert.

Für die Auswertung der Arbeitsweise der Kinderschutzgruppe Leoben wurden die Sitzungsprotokolle aus den Jahren 2012, 2013 und 2014 bearbeitet. Zu diesem Zweck wurde mit den Daten gearbeitet, welche aus diesen – zuvor anonymisierten – Protokollen gewonnen wurden.

Die Erfassung der in den Protokollen beschriebenen Fälle erforderte zunächst das Erarbeiten von Kategorien, in welche diese eingeteilt werden konnten. Die unterschiedliche Dokumentationsmenge sollte über klar definierte Variablen dennoch zu einer vergleichbaren Einteilung kommen, welche eine Beschreibung und anschließende Diskussion der Arbeit der Kinderschutzgruppe möglich machte.

Die Beurteilung erfolgte über verschiedene Kriterien. Geschlecht und Alter der Kinder zum Zeitpunkt des Kontakts mit der Kinderschutzgruppe ermöglichten eine erste Einteilung. Als weitere Variable wurden die Gründe für eine Anforderung der Kinderschutzgruppe, sowie die meldenden Personen gewählt. Die Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung, welche im Protokoll dokumentiert wurden, wurden gezählt und nach Häufigkeiten überprüft. Kulturelle Besonderheiten in Misshandlungsfällen wurden ebenfalls dokumentiert.

In der weiteren Auswertung wurden die fortführenden Abklärungen, welche durch die Kinderschutzgruppen durchgeführt oder in Auftrag gegeben wurden, beschrieben. Ein wichtiger Teil ist ebenso der weitere Verlauf der bearbeiteten Verdachtsfälle und der Schwerpunkt der fachübergreifenden Arbeit, nämlich die Kooperation mit der Polizei und der Kinder- und Jugendhilfe. Der großen Komplexität der Kinderschutzgruppenarbeit sollte mit der Erhebung der weiteren Tätigkeiten und Maßnahmenergreifung der Kinderschutzgruppe Leoben Rechnung getragen werden.

Zuletzt wurde noch der in dem beobachteten Zeitraum häufigsten Form von Kindeswohlgefährdung, der sexuellen Misshandlung eine eigene Analyse gewidmet und Faktoren wie Alter, Geschlecht, Täterinnen und Täter, sowie weiterer Verlauf bezüglich Bestätigung des Verdachts dokumentiert.

All diese Variablen wurden mit Microsoft Excel aufbereitet.

Die so erhobenen Ergebnisse wurden im Anschluss diskutiert und ermöglichten ein Resümee über die derzeitige Situation im Kinderschutz bzw. der Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich, aber auch international.

3 Ergebnisse

3.1 Definition

Kinderschutzgruppen sind multidisziplinäre Teams, welche es sich zum Ziel gesetzt haben, durch ihre Tätigkeit die Qualität, Koordinierung und Effektivität in der Kinderschutzarbeit zu verbessern. (14) Der Zusammenschluss von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Professionen soll demnach dazu dienen, den Herausforderungen in der Arbeit gegen Kindesmisshandlung strukturiert entgegenzutreten zu können. In der Broschüre „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen“ (15) des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ) wird die Arbeit von Kinderschutzgruppen als Konsiliardienst definiert. Dieser Leitfaden wurde 2008 veröffentlicht und bietet Hilfestellungen in der Kinderschutzarbeit sowie ihrer Dokumentation. Er ist die einzige Publikation dieser Art in Österreich. In der Praxis kann die Arbeit von Kinderschutzgruppen aber oftmals eher als Liaisonsdienst bezeichnet werden. In großem Maße sind in Österreich die Kinderschutzgruppenmitglieder nämlich ebenfalls die auf den

Stationen tätigen Personen. Somit sind sie enger in die Betreuung von Patientinnen und Patienten involviert, als dies bei einem Konsiliardienst per se vorgesehen wäre. (2)

Kinderschutzgruppen sollen eine beratende Position einnehmen und können bei Unklarheiten oder Problemstellungen rund um das Thema Kindeswohlgefährdung im Klinikalltag hinzugezogen werden. Die medizinische Beratung im Bereich Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung ist somit die häufigste und wichtigste Funktion. (14) Außerdem sollen sie zur Sensibilisierung und Aufklärung von Kollegen hinsichtlich der höchst komplexen und emotional stark belastenden Thematik beitragen. Denn die Diagnose Kindesmisshandlung und die daraufhin zu ergreifenden Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohles sind mit großer Sorgfalt zu stellen bzw. zu wählen. Ein strukturiertes Vorgehen wird durch fachliche Kenntnisse und objektive Diagnostik unter Inklusion möglicher Differentialdiagnosen ermöglicht. (15, 16)

3.2 Aufnahme in das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

Seit 2004 ist die Einrichtung von Kinderschutzgruppen gesetzlich geregelt. (1) Im Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG) (13) ist §8e den Kinder- und Opferschutzgruppen gewidmet.

„Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger der nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten zu verpflichten, Kinderschutzgruppen einzurichten. Für Krankenanstalten, deren Größe keine eigene Kinderschutzgruppe erfordert, können Kinderschutzgruppen auch gemeinsam mit anderen Krankenanstalten eingerichtet werden.“ (§8e Abs. 1 KAKuG) (13)

In § 8e Absatz 3 (13) wird beschrieben welche Vertreter der in Frage kommenden Berufsgruppen unbedingt zu einer Kinderschutzgruppe gehören sollten. Zu den genannten zählen die Fachbereiche Medizin, Pflege und Psychologie und/oder Psychotherapie.

In den Bundesländern gibt es dazu dann noch jeweils teilweise spezifischere Bestimmungen zu Einrichtung und Zusammensetzung. (18) Für die Kinderschutzgruppe Leoben ist hierbei das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz (StKAG) (19) relevant. In §33 Absatz 1 heißt es darin wie folgt: „Die Rechtsträger der Krankenanstalten mit Leistungsangebot in Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, Kinderschutzgruppen einzurichten.“ (19) Es erfolgt keine detailliertere gesetzliche Formulierung als im bundesweit gültigen KAKuG.

3.3 Kinderschutz im extramuralen Bereich

Es gibt in Österreich derzeit keine Kinderschutzgruppen außerhalb von den in §8e des KAKuG (13) definierten Krankenanstalten. Ärztinnen und Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich können eine Kinderschutzgruppe in der Nähe kontaktieren, um Unterstützung bei einem Verdachtsfall zu erhalten. Eine rechtliche Basis gibt es derzeit dafür nicht. (18) Dennoch enthält der Leitfaden für Kinderschutzgruppenarbeit in Gesundheitsberufen auch ein Formblatt für die Zuweisung an die jeweilige Kinderschutzgruppe. (15, S. 70-71) Die Vorlage soll eine gute Dokumentation erleichtern und auch forensisch nützlich sein.

3.4 Zusammensetzung der Mitglieder

Folgende Berufsgruppen sollten zum Team einer Kinderschutzgruppe gehören: (2, 15,16)

- Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Pädiatrie und/oder Kinderchirurgie
- Außerdem wenn möglich: Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Unfallchirurgie, Gynäkologie, Dermatologie, Radiologie, Ophthalmologie, Gerichtsmedizin
- Schwestern und Pfleger
- Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Die intensive Zusammenarbeit von medizinischem Fachpersonal mit Vertreterinnen bzw. Vertretern der Psychologie und der Sozialarbeit zeichnet das Wirken von Kinderschutzgruppen aus. (2)

Die Kinderschutzgruppe wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt geleitet, der bzw. dem dann auch die Letztverantwortung in der Entscheidung zugeschrieben wird. (15)

3.5 Gesetzlicher Hintergrund ärztlichen Handelns

3.5.1 Kinderrechte in Österreich

Die UN-Konvention über die Rechte des Kindes (20) wurde am 20. September 1989 verabschiedet. Am 5. September 1992 ist sie in Österreich formal nach der Ratifizierung in Kraft getreten. (21)

Über 20 Jahre später, am 20. Jänner 2011 hat der Nationalrat das „Bundesverfassungsgesetz über die Rechte der Kinder“ (22) beschlossen. Am 16. Februar

2011 trat das BVG Kinderrechte in Kraft und ist somit nun auch in der österreichischen Verfassung verankert; allerdings mit Einschränkung auf einige wenige Artikel der UN-Konvention. Darin heißt es unter anderem:

„Jedes Kind hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen auch unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit.“ (BVG Kinderrechte, Artikel 1) (22)

3.5.2 Gewaltverbot in Österreich

Die Anwendung von Gewalt als Erziehungsmittel ist in Österreich seit 1989 vollständig gesetzlich verboten. Diese öffentliche, von der Rechtsprechung unterstützte Ablehnung von Gewalt besteht noch nicht lange. So wurde das Züchtigungsrecht von Eltern erst 1977 verboten. In den Schulen wurde ein Verbot der körperlichen Züchtigung bereits 1974 ausgesprochen. (23)

3.5.3 Ärztegesetz

Im österreichischen Ärztegesetz ist die Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht unter §54 geregelt. (24)

Im Speziellen für die Kinderschutzgruppe relevant sind die Absätze 5 und 6.

Wenn eine Ärztin oder ein Arzt in ihrer beruflichen Tätigkeit bei minderjährigen Patienten und Patientinnen das Bestehen von Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch für wahrscheinlich oder möglich erachten, ist er oder sie zu einer Anzeige verpflichtet.

3.5.4 Ermessensspielraum

Bei der 2. Ärztegesetznovelle (25), welche am 10. August 2001 ausgegeben wurde, ist Ärzten und Ärztinnen ein Ermessensspielraum gegeben worden, welcher es ermöglichen soll, das Vorgehen in Verdachtsfällen an die jeweilige Situation anzupassen.

„Unter bestimmten Voraussetzungen muss eine Anzeige zunächst nicht erfolgen:

- Der Verdacht richtet sich gegen einen nahen Angehörigen,
- Das Unterbleiben der Anzeige liegt im Wohl des Minderjährigen und

- Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit dem Jugendwohlfahrtsträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt.“ (18, S. 120)

In Einzelfällen kann demnach von einer Anzeige abgesehen werden, wenn dies im besten Interesse des betroffenen Kindes ist. Seine Sicherheit darf dadurch allerdings nicht gefährdet werden. Auch gilt dieser Ermessensspielraum für schwere Misshandlung und sexuellen Missbrauch nicht.

In §54 Absatz 6 des KAKuG (24) ist außerdem festgelegt, dass Ärztinnen und Ärzte in Verdachtsfällen ebenso in der Pflicht sind, an die zuständige Kinder- und Jugendhilfe sofort eine Meldung durchzuführen. Auch muss seitens der Behandelnden über Opferschutzgruppen informiert werden.

3.6 Arbeitsweise

Eine klare Definition des Zuständigkeitsbereichs von Kinderschutzgruppen in Österreich ist im KAKuG (13) nicht integriert. §8e Absatz 2 bietet lediglich eine vage Beschreibung ihrer Aufgaben. Dort wird einerseits die Früherkennung von Kindesmisshandlung, andererseits die Sensibilisierung des verschiedenen involvierten Fachpersonals genannt. Wann genau eine Kinderschutzgruppe zum Einsatz kommen soll, ist nicht einheitlich festgelegt. Somit liegt es in den Händen der Mitglieder jeder einzelnen Gruppe, ein den Umständen entsprechendes Konzept für ihre Arbeit zu erstellen. (15)

Die WHO definiert den multidisziplinären Ansatz bei Kindesmisshandlung in vier Punkten: (5, S.3)

- Das Setzen von Maßnahmen, um Kindesmisshandlung von vornherein zu verhindern
- Das frühzeitige Erkennen von Kindesmisshandlung und rasche Intervention
- Weiterführende Betreuung von betroffenen Kindern und Familien
- Das Wiederauftreten von Gewalt verhindern.

Essentiell ist laut WHO auch die Sammlung von Information in Form von epidemiologischen Umfragen, Beobachtung und Evaluierung der Kinderschutzarbeit und Dokumentation. Mit der so gewonnenen Expertise soll das Erarbeiten von optimalen evidenzbasierten Strategien vorangetrieben werden. (5)

Es wird als Aufgabe von Kinderschutzgruppen angesehen, für vernachlässigte, misshandelte und anderweitig potenziell gefährdete Kinder und Jugendliche die bestmögliche Versorgung abzuklären und Empfehlungen dafür auszusprechen. Unter bestimmten Umständen entscheidet die Kinderschutzgruppe auch über Durchführung oder Nichtdurchführung einer behördlichen Anzeige. (15)

3.6.1 Erkennen von Misshandlungen

Wenn die Kinderschutzgruppe eine Zuweisung erhält beginnt deren Beurteilung des Falles. Nach dem Einholen von Information (durch Anamnese, weiterführende Untersuchungen, Konsile, Expertenbefragung) kommt es in einem Treffen zum abschließenden gemeinschaftlichen Beschluss über die einzuleitenden Maßnahmen und die gewählten Empfehlungen der Gruppe. (15, 16)

3.6.2 Eingriffsmöglichkeiten

Es besteht die Möglichkeit, mit Zustimmung der Eltern die Kinder- und Jugendhilfe zu informieren. Für diese Option ist es also erforderlich, dass eine gute Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten besteht und sie Hilfe annehmen wollen. Wenn akuter Handlungsbedarf besteht, kann auch ohne Rücksprache mit den Eltern eine Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe erteilt werden. In diesem Fall ist ein konkreter Verdacht oder Vorfall zu melden, welchem nachgegangen werden soll. Zuletzt liegt es auch im Aufgabenbereich der Kinderschutzgruppe, wenn erforderlich, eine Anzeige bei der Polizei zu empfehlen bzw. durchzuführen. (1)

3.6.3 Dokumentation

Es gibt keine klar gesetzlich festgelegten Vorgaben für die Dokumentation der Arbeit von Kinderschutzgruppen. (18) Im vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend herausgegebenen „Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen“ (15) sind sogenannte „Formblätter“ enthalten, welche eine zusammenfassende Beurteilung der KSG erleichtern soll. Die KSG soll als „Konsiliardienst“ (15, S.29) nach Besprechung einen abschließenden Bericht verfassen, welcher Empfehlungen für das weitere Vorgehen enthält. Aus juristischer Sicht handelt es sich bei diesem Bericht um ein Gutachten. (15) Da Gerichtstermine häufig nicht sofort auf die Anzeige folgen und die Anhörungen somit mit zeitlicher Verzögerung durchgeführt werden, ist eine klare, später abrufbare und für jeden nachvollziehbare Dokumentation wichtig. (26) Gerade die für Fälle vor Gericht wichtige detaillierte Aufzeichnung über Verletzungen soll mit einem vorgefertigten Bogen

erleichtert werden. Im Falle einer Anzeige ist die akribische Sicherung und Dokumentation von Beweisen von höchster Bedeutung. Nur so ist in der Strafverfolgung sichergestellt, dass ein Urteil gefällt werden kann. Ist die Beweissicherung mangelhaft können Täterinnen und Täter nicht verurteilt werden, was verheerende Folgen für das betroffene Kind haben kann. (18)

Der Leitfaden für Kinderschutzarbeit (15) will mit dem Angebot der standardisierten Dokumentation eine Vergleichbarkeit ermöglichen. Es werden vorgefertigte Zuweisungs-, Dokumentations- und Befundberichtbögen zur Verfügung gestellt. Ebenso wie die Kinderschutzgruppe einen Abschlussbericht an die Station abliefern, soll von dort nach Entlassung der Bericht bzw. Arztbrief auch an sie zurück überliefert werden. Ob die jeweiligen Kinderschutzgruppen diese Vorlagen verwenden oder nicht bleibt ihnen selbst überlassen.

Außerdem gibt es ein Formular zur „Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger über Gewalt an einem Kind oder Jugendlichen“ (15, S. 78), welches eine strukturierte Meldung möglich machen soll.

In der größten bisher veröffentlichten Studie zur Arbeit von Kinderschutzgruppen in Österreich, (1) in welche 8 KSG einbezogen wurden, wird dazu berichtet, dass jedes der Teams eine individuelle Form der Dokumentation für sich entwickelt hat. Außerdem wurde festgestellt, dass zusätzlich zu den niedergeschriebenen Informationen viel Wissen mündlich in die Fallbearbeitung eingeht. Nicht alles wird im Rahmen der Dokumentation niedergeschrieben.

3.7 Aspekte der Kinderschutzgruppenarbeit

3.7.1 Medizin

Ärztinnen und Ärzte haben durch die Anzeigepflicht und den Ermessensspielraum eine hohe Verantwortung zu tragen. Vor allem in der Pädiatrie werden sie als Fürsprecher der Rechte des Kindes in die Pflicht genommen. (27-30) In den ersten Lebensjahren sind Krankenhäuser und Arztpraxen die einzigen Institutionen, welche in regelmäßigen Abständen Kontakt zu Kindern haben und fungieren in diesem Zeitraum auch als professionelle Ansprechpartner für deren Familien. (10) Mit der dafür erforderlichen Fachkenntnis ist es ihnen auch möglich, sowohl physische als auch psychische

Veränderungen welche durch mögliche Kindesmisshandlung hervorgerufen werden können, zu erfassen. Medizinerinnen und Mediziner sind somit oft die ersten, die eine Diagnose stellen oder einen Verdacht äußern. Grundsätzlich ist die ärztliche Schweigepflicht wichtig für das beidseitige Vertrauensverhältnis. Manche Situationen machen es allerdings erforderlich, vertrauliche Information weiterzugeben. Dazu gehört zum Beispiel die notwendig gewordenen Meldung an das Jugendamt oder das Erstellen einer Anzeige. (18)

Mit dieser Verantwortung ist oft auch ein gewisses Maß an Unbehagen verbunden. Gründe dafür sind die Sorge über das Verlieren von Patienten, die Gefahr bzw. Angst vor Unter- und Überdiagnose, mangelnde Fachkenntnisse sowohl im medizinisch-diagnostischen als auch im rechtlichen Bereich. (12, 15, 28) Diese Faktoren können zu Zurückhaltung bei der Diagnose führen. (29)

3.7.2 Entlastung

Das Thema Kindesmisshandlung ist äußerst vielfältig. Die auftretenden Fälle können für diejenigen, welche sie aufdecken und in Folge eingreifen, auch eine große fachliche sowie emotionale Belastung darstellen. Durch die Möglichkeit Entscheidungen im Team zu besprechen und dabei auch Aspekte von anderen Berufsgruppen zu integrieren, verringert sich die Last auf den einzelnen Akteur. (17)

3.7.3 Qualitätssteigerung der Entscheidungen

Durch den multiprofessionellen Ansatz verbessert sich die Qualität der Entscheidungen. Er gibt der Kinderschutzarbeit eine Struktur und gewährleistet eine höhere Sicherheit in ihren Handlungen. Fortbildungen führen zu einem besseren Verständnis zwischen den verschiedenen involvierten Berufsgruppen. (16)

3.7.4 Gewinn von Erfahrungen

Die Teilnahme an den Besprechungen in der Gruppe bietet auch einen Lerneffekt. Die Mitglieder des Teams lernen kontinuierlich an den von ihnen bearbeiteten Fällen. Im Klinikalltag würde man nur mit jenen Fällen konfrontiert werden, in welche man im Rahmen der eigenen Arbeit involviert ist. (16, 28)

3.7.5 Sensibilisierung an der Abteilung

Schulungen und breitere Aufmerksamkeit dem Thema Kindesmisshandlung gegenüber führen zu einer erhöhten Wahrnehmung von suspekten Gegebenheiten. (16)

3.7.6 Rasche Abklärung

Die Kinderschutzgruppe soll innerhalb von 24 Stunden einberufen werden können. Somit ist eine schnelle und kompetente Abklärung sowie Betreuung möglich. (15)

3.7.7 Strukturiertes Vorgehen

Es besteht durch die Leitfäden (15, 16, 31) ein Plan für die Vorgangsweise im Verdachtsfall, an den man sich in der Gruppenarbeit halten kann. Dies gibt einerseits Sicherheit, andererseits auch fundiertes Wissen über die korrekte Vorgehensweise und ermöglicht somit ein effizienteres Arbeiten.

3.7.8 Psychische Belastung

Die Arbeit zum Schutz von misshandelten Kindern stellt für die involvierten Berufsgruppen eine hohe Belastung dar. In einer kanadischen Studie (32) wurde beschrieben, dass die Arbeit in einer Kinderschutzgruppe für die Mitglieder oftmals zu Gefühlen von Burnout und Stress führte. Im Kinderschutz tätige Personen erlebten Sorge um die eigene Sicherheit, rechtliche Unklarheiten oder Grauzonen, hohen Entscheidungsdruck, Unsicherheiten im System, erhöhten Stress durch die Notwendigkeit als Zeugen vor Gericht aufzutreten und vieles mehr. Interessanterweise konnte in dieser Studie auch ein hoher Level an Zufriedenheit mit dem Beruf beobachtet werden. Trotzdem führte der hohe Stressfaktor oft zur Niederlegung der Arbeit in Kinderschutzgruppen, da die damit verbundene Belastung auf Dauer als zu groß erlebt wurde.

3.7.9 Ehrenamt

Die Arbeit in Kinderschutzgruppen bedarf auch heute noch eines hohen Maßes an Eigeninitiative und ist grundsätzlich Freiwilligenarbeit. Finanzierung oder Budget für Literatur gibt es kaum, ebenso wenig wie eigene Stellen für die Mitarbeiter der Kinderschutzgruppe. Es bestehen Möglichkeiten zur Weiterbildung für Mitglieder. (2)

3.7.10 Grenzen

Der strenge Datenschutz stellt in der Realität der Kinderschutzgruppenarbeit eine große Einschränkung dar. In einer Presseinformation (33) der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde vom 12. Juli 2012 forderten Kinderärztinnen und -ärzte sowie Kinderchirurginnen und -chirurgen eine Änderung des Datenschutzgesetzes. Dieses würde es verhindern herauszufinden, ob die Arbeit der Kinderschutzgruppen den betroffenen Kindern und Jugendlichen helfen konnte. Es besteht keine Möglichkeit für die Angehörigen der KSG, Informationen über den weiteren Verlauf der von ihnen

weitergeleiteten Fälle an den nun für diese zuständigen Stellen einzuholen. Diese Tatsache erschwert einerseits die Arbeit, andererseits ist es auch für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen belastend oder frustrierend.

Auch für Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich, welche Verdachtsfälle melden, gibt es keine Möglichkeit, den weiteren Verlauf zu verfolgen. Wenn Patienten und Patientinnen nach einem solchen Ereignis nicht mehr die Praxis aufsuchen, kann nur gehofft werden, dass diese nun an anderer Stelle gut betreut werden und nicht aus dem System fallen.

In der obengenannten Presseinformation (33) äußerte sich auch der Leiter der Kinderschutzgruppe der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Graz, Univ.-Prof. Dr. Peter Scheer, folgendermaßen zu der Thematik: „Viele Jugendämter, das Gericht und die Polizei verweisen auf das Datenschutzgesetz, speziell Paragraph 5 und 6, und geben uns keine Auskünfte. Das heißt, dass wir nicht überprüfen können, ob und wie unsere Kinderschutzgruppen den betroffenen Kindern helfen konnten. Aber genau diese Rückmeldung ist für unsere Arbeit von großer Bedeutung.“(33, S. 2)

Eine klare Rückmeldung von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe wäre auch im Sinne der Qualitätsüberprüfung hilfreich, um die von der Kinderschutzgruppe getroffenen Entscheidungen evaluieren zu können und so das Vorgehen in den oft mit großen Emotionen behafteten Fällen immer weiter zu optimieren. In Zusammenarbeit und Rücksprache mit der Justiz könnte damit auch eine größere Sicherheit in Bezug auf die von den Kinderschutzgruppen getätigten Anzeigen erzielt werden. (3)

Die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe ist noch verbesserungswürdig. Goessler et al. berichteten in einer 2011 veröffentlichten Arbeit (3), dass einerseits Personalmangel, andererseits aber auch die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzregeln zu einer Verkomplizierung der Zusammenarbeit führen.

3.7.11 Gruppeninterne Faktoren

In den USA wurde die Wirksamkeit von Kinderschutzgruppenarbeit ebenso bereits wissenschaftlich bearbeitet. Zu den Faktoren, welche deren Effektivität erhöhen zählen laut einer Publikation (14) die interdisziplinäre Zusammenarbeit, hohe Kollegialität sowie Unterstützung durch das Krankenhaus. In Österreich gibt es noch keine vergleichbare veröffentlichte Arbeit.

3.8 Kindesmisshandlung

Um in der folgenden Auswertung der Arbeit der Kinderschutzgruppe Leoben eine Einteilung der Fälle zu erzielen, erfolgt nun eine kurze Beschreibung der verschiedenen Arten von Gewalt, mit denen die Teams im Krankenhaus konfrontiert werden.

3.8.1 Definition

„Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist eine – bewusste oder unbewusste – gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen geschieht und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder gar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“ (15, S. 10)

Misshandlung erfolgt meist nicht nur einmal, sondern ist ein sich wiederholender oder andauernder Prozess, welcher über Monate bis Jahre bestehen kann. In vielen Fällen kommt es erst nach langer Zeit zu Auffälligkeiten und Behandlung. Oft hat die Misshandlung dann schon große Spuren hinterlassen. (9, 11)

Ein bedeutender Risikofaktor für Kindesmisshandlung ist junges Alter. (7) Unter Säuglingen und Kleinkindern kommt es zu den meisten Todesfällen. Die misshandelnde Person ist meist über 18 Jahre alt und stammt häufig aus der Familie oder dem näheren Umfeld des Kindes. (4) Es gibt soziale Belastungsfaktoren wie Alleinerzieherstatus, geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, niedrigerer Bildungsstand, junges Alter der Eltern, welche ein erhöhtes Risiko für Misshandlung innerhalb der Familie darstellen. (6, 7)

Es gibt keine allgemein gültige Definition von Kindesmisshandlung. Die Diagnosefindung ist in vielen Fällen äußerst schwierig und benötigt Expertise - nicht zuletzt, weil die dafür verantwortlichen Personen oft alles tun, um ihre Taten zu verbergen. Wie weit die Begriffe Kindesmisshandlung bzw. Kindeswohlgefährdung gefasst werden, hat letztlich auch einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Erkennung, Intervention und Prävention. (35)

Im folgenden Teil werden die verschiedenen Formen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche beschrieben. Neben der Deskription werden charakteristische Symptome und Warnzeichen aufgezeigt. In vielen Fällen liegen mehrere Arten von Misshandlung vor, (36) eine klare Trennung ist daher nicht immer möglich oder zielführend.

3.8.2 Physische (körperliche) Misshandlung

Verletzungen, die nicht durch einen Unfall entstehen und durch Handlungen von Eltern oder anderen Vertrauenspersonen hervorgerufen werden sind Formen von körperlicher

Gewalt. (10, 15) Ebenso zählt dazu die Anwendung von physischer Gewalt, welche potentiell zu einer Verletzung führen könnte. (36)

Sachverhalte, welche einen Hinweis auf mögliche körperliche Misshandlung geben können:

- Zeitverzögerung: Das Kind wird nicht sofort nach Verletzung bei der Ärztin/ beim Arzt bzw. in der Klinik vorgestellt
- Verletzungsmuster und Erklärungen sind inkongruent
- Lokalisation der Verletzungen passen nicht zum Alter des Kindes
- den Befragenden werden immer neue Erklärungen und Geschichten präsentiert
- Bruder oder Schwester des Kindes werden als Verursacher der Verletzungen dargestellt
- Fragen führen zu Ablehnung bzw. Verärgerung
- Eltern bestätigen familiäre Gewalt in Vergangenheit oder Gegenwart (6, 37)

Eine sehr bekannte und heutzutage oft beschriebene Form ist das Shaken Baby Syndrom, auf Deutsch auch als Schütteltrauma bekannt. Säuglinge, welche dieser Art von Gewalt zum Opfer fallen, haben keine gute Prognose. (38, 39)

3.8.3 Seelische Kindesmisshandlung

Besteht dann, wenn ein Elternteil oder eine Bezugsperson ihr Kind andauernd oder immer wieder abwertet, kritisiert, ihm das Gefühl gibt nicht geliebt bzw. nicht gewollt zu sein oder es isoliert. Seelische Misshandlung kann in vielfältiger Form emotionaler Gewalt erfolgen. Auch bei körperlicher Gewalt ist eine seelische Komponente dabei – die beiden Formen von Kindesmisshandlung treten gemeinsam auf. Folgen der emotionalen Gewalt können Auffälligkeiten im Verhalten und der Entwicklung sein. Diese Form der Kindesmisshandlung bleibt meist lange unentdeckt, da sie keine körperlichen bzw. von außen sofort sichtbaren Spuren hinterlässt. (9, 11)

3.8.4 Sexuelle Misshandlung

Darunter versteht man sexuelle Aktivitäten, welchen das Kind aufgrund seines Entwicklungsstandes und Alters nicht als in der Interaktion gleichberechtigter Akteur zustimmen kann bzw. welche gegen den Willen des Kindes vorgenommen werden. (40) Bedürfnisse des Misshandelnden werden unter Ausnutzung seiner Autoritätsposition

befriedigt. Das Kind wird bewusst dazu verwendet, die eigenen sexuellen Wünsche auszuleben. Dies kann sowohl mit als auch ohne direkten Körperkontakt erfolgen. Die Zahl der weiblichen Opfer übersteigt die der männlichen. (34, 40, 41)

Erschwerend kommt in vielen Fällen dazu, dass die Täter oft aus der Familie oder dem Bekanntenkreis kommen, wodurch die Situation noch komplexer wird. Sexueller Missbrauch wirkt auf Opfer sehr beängstigend emotional tiefgreifend und geht häufig mit einer Störung der sexuellen Entwicklung einher. Charakteristisch ist, dass die Opfer häufig die Schuld bei sich suchen, sich schämen und selbst gering achten. Zusätzlich hat sexueller Missbrauch eine maßgebliche, wenn auch unterschiedliche Auswirkung auf die Gesundheit - sowohl seelisch, emotional als auch körperlich. (10)

Die Diagnosestellung ist in vielen Fällen nicht einfach, da häufig kein eindeutiger klinischer Befund erhebbar ist. Oft ist man auf klärende Gespräche mit den Kindern angewiesen. (40)

Folgende Auffälligkeiten können einen Hinweis auf mögliche sexuelle Misshandlung liefern:

Körperlich:

- Feststellung von Auffälligkeiten oder Blutungen im Anogenitalbereich
- Sichtbare Spuren von aggressivem Festhalten
- Labor: K.O. Tropfen, (eigener Punkt), Feststellen einer Schwangerschaft
- sexuell übertragbare Erkrankungen

Psychisch:

- Verhaltensauffälligkeiten jeglicher Art
- Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen - i.d.R. psychosomatische Beschwerden
- Freeze-Reaktion bei Untersuchung

(40, S.19-20)

Kommt es sofort nach dem Übergriff zu einer Vorstellung des oder der Minderjährigen ist eine forensische Spurensicherung von großem Nutzen und meistens auch sehr aussagekräftig. (15, S.41-45)

3.8.5 Vernachlässigung

Sie wird definiert als wiederholte aktive oder passive Unterlassung von fürsorglichem Handeln durch die Eltern oder andere Betreuungspersonen. Die kindlichen Bedürfnisse werden nicht geachtet oder erkannt und es erfolgt keine angemessene Betreuung. Auch das kann zu enormen oft bleibenden Schäden führen – körperlich, geistig und seelisch. Vernachlässigung kann in verschiedene Untergruppen eingeteilt werden, ist häufig verbunden mit seelischer Gewalt und tritt meist in Kombination mit anderen Arten von Gewalt auf. (6, 11, 42)

Unterschieden werden:

- **Körperliche Vernachlässigung:** Bedürfnisse des Kindes hinsichtlich Nahrung, Flüssigkeit, Kleidung, medizinischer Versorgung, Hygiene und Wohnsituation werden nicht ausreichend erfüllt
- **Kognitive und erzieherische Vernachlässigung:** keine Anregungen zur kreativen Gestaltung von Spiel und Gespräch, Schulbesuch wird nicht ernst genommen, etc.
- **Unzureichende Beaufsichtigung:** liegt vor, wenn Eltern Kinder über längere Zeiträume unbeaufsichtigt alleine lassen oder den Kindern keine Einschränkungen bezüglich Ausgangszeiten geben.
- **Emotionale Vernachlässigung:** Kind wird nicht adäquat in eine wertschätzende Beziehung eingebaut, Mangel an Zuwendung und Reaktion auf emotionale Bedürfnisse

(10, 11)

Das Erfahren von Vernachlässigung könnte ebenso große Langzeitfolgen haben wie bei physische und sexuelle Gewalt. Erst in den letzten Jahren erlangten vernachlässigte Kinder erhöhte Aufmerksamkeit. (9) Die Diagnosestellung ist nicht einfach, da die eindeutigen Folgeschäden oft erst nach langer Zeit eindeutig erkennbar sind. (8, 42,43) Gerade in den ersten Lebensjahren können die Konsequenzen von Vernachlässigung für die weitere Entwicklung der betroffenen Mädchen und Buben fatal sein. (11, 42)

3.8.6 Sonderformen

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Diese Form der Kindesmisshandlung kommt in den in dieser Arbeit vorliegenden Fallbesprechungen nicht vor. Da seine Folgen aber unter Umständen gravierend sein können, ist es wichtig, darüber Bescheid zu wissen. Gerade in solchen Fällen ist die rechtzeitige Diagnose äußerst schwierig. Die den Arzt konsultierende Bezugsperson des Kindes erzeugt die Symptome dessen nämlich selbst oder erfindet diese, um im Mittelpunkt des Interesses zu stehen. Die Anteilnahme und Beachtung ist der Krankheitsgewinn für die misshandelnde Person. Bei Trennung des Kindes von dieser kommt es auch zum Sistieren der Symptome. (15, 38)

3.9 Folgen

Die Liste von möglichen durch Kindesmisshandlung hervorgerufenen Kurz- und Langzeitschäden ist lange. Assoziiert wird Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit folgenden langfristigen Auswirkungen:

- Defizite bei der schulischen und weiterführenden Ausbildung
- erhöhter Arbeitslosigkeit
- Verhaltensauffälligkeiten
- Psychische Erkrankungen
- Essstörungen
- Erhöhte Bereitschaft zu Kriminalität

(8, 9, 43)

3.10 Die Kinderschutzgruppe Leoben

3.10.1 Zusammensetzung

Zu den Mitgliedern der Kinderschutzgruppe Leoben zählten zum Zeitpunkt der Erhebung 19 Personen (Stand 05.12.2014). Durch Neuzugänge oder Ausstiege kommt es immer wieder zu Änderungen in der Zusammensetzung. Oft werden Stellen gleich bei Austritt einer Person von einer neuen Kollegin oder einem neuen Kollegen aus dem gleichen Fachbereich nachbesetzt. Die Kinderschutzgruppe Leoben besteht aus einem interdisziplinären Team.

Dieses setzte sich zum oben genannten Zeitpunkt folgendermaßen zusammen:

- Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit psychologischer Schulung [4], Kinder- und Jugendpsychiatrie [2], Gynäkologie und Geburtshilfe [1] und Chirurgie [1].
- Diplomierte Krankenschwestern [5] aus verschiedenen Bereichen (Station, Ambulanz) Kinder- und Jugendheilkunde, Gynäkologie, Chirurgie
- diplomierte Sozialarbeiterin (und Psychotherapeutin) [1]
- Klinische Psychologinnen [2]
- Heilpädagogin [1]
- Ergotherapeutin [1]
- Sekretärin [1]

3.10.2 Aktivitäten

Die Kinderschutzgruppe Leoben bespricht Fälle einerseits in den alle 3 Monate terminlich angesetzten ordentlichen Treffen, andererseits werden die Mitglieder auch bei aktuellem Anlass kurzfristig einberufen. Die Kinderschutzarbeit der einzelnen Mitglieder findet ebenso außerhalb dieser Zusammenkünfte statt.

Nach einer Verdachtsäußerung können folgende Maßnahmen notwendig werden, um sich ein Bild über die vorliegende Situation machen zu können

- weitere gründliche Untersuchungen
- Gespräche mit dem betroffenen Kind und Angehörigen
- Anordnung von Konsiliaruntersuchungen (Gynäkologie, Gerichtsmedizin).
- Psychologische Betreuung

Die spezifische Abklärung hat ebenso forensische Gründe.

Zum Team der Kinderschutzgruppe Leoben gehört außerdem eine diplomierte Sozialarbeiterin, welche im Haus angestellt ist. Diese arbeitet mit den Familien zusammen und versucht herauszufinden, welche Maßnahmen von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe hilfreich bzw. notwendig sein könnten. Die Möglichkeiten der Betreuung und Unterstützung sind vielfältig und reichen von „Frühen Hilfen“, Familienförderung bis zu Fremdunterbringung.

Die Entscheidung, ob und wann weitere rechtliche Schritte getätigt werden sollen, wird im Team getroffen. In manchen Fällen können das Aussprechen eines Ausfolgeberotes,

Anzeige von Familienmitgliedern oder Fremden notwendig werden. Auch die Entscheidung, in bestimmten Fällen von einer Anzeige abzusehen, wird in der Gruppe besprochen. Für das Aussprechen eines Ausfolgeverbots kann die Kinderschutzgruppe einen Antrag stellen. Durchgeführt wird dies dann von der Kinder- und Jugendhilfe oder dem Familienrichter.

3.10.3 Ablauf der Treffen

Die Fallgeschichten der betroffenen Kinder werden meist von jener Person, welche die Kinderschutzgruppe einberufen hat, detailliert geschildert, sodass sich die Mitglieder ein möglichst klares Bild der Situation machen können.

Im weiteren Verlauf wird diskutiert, wie in dem bestimmten Verdachtsfall vorgegangen werden sollte. Eine der wichtigsten Fragestellungen lautet: liegt eine aktuelle Gefährdung vor? Die Konsequenz einer solchen ist die sofortige Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe und in manchen Fällen auch die Anzeige bei der Polizei. Besteht zu dem Zeitpunkt keine Gefahr, liegt der Schwerpunkt der Besprechung darauf, Hilfeleistungen für das Kind bzw. die Familie zu organisieren.

Die Mindestteilnehmerzahl für ein Treffen der Kinderschutzgruppe Leoben liegt bei drei Mitgliedern. Laut Protokoll werden alle Mitglieder bei akuter Einberufung von einem Treffen verständigt. Natürlich kann bei sehr kurzfristig einberufenen Sitzungen nicht immer das vollständige Team dabei sein. Trotzdem ist es sehr vorteilhaft, wenn Entscheidungen von einer möglichst hohen Anzahl der Mitglieder mitgetragen werden können.

3.10.4 Dokumentation

Die Dokumentation der Kinderschutzgruppe Leoben ist folgendermaßen aufgebaut: Während der routinemäßigen oder auch aus aktuellem Anlass einberufenen Sitzungen wird ein Protokoll geführt, welches in einer Mappe gesammelt wird. Darin wird jeder Fall vorgestellt und die wichtigsten Diskussionspunkte sowie die beschlossenen weiteren Schritte werden während des Treffens niedergeschrieben. Das Protokoll beinhaltet zusätzlich noch alle weiteren Inhalte, welche während der Sitzung besprochen wurden, wie zum Beispiel die Veröffentlichung einer neuen Studie, Gesetzesänderungen, Fachartikel oder Tagungen. Die Menge an Information zu dem jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin variiert stark. In manchen Fällen wird der Hintergrund des Falles genauer bearbeitet, während in anderen nur grobe Anhaltspunkte niedergeschrieben

werden. Auch das weitere Vorgehen wird nicht einheitlich festgehalten. Meistens erfolgt die Aufzeichnung von diversen Punkten, auf welche man sich geeinigt hat. In anderen Fällen wird die Entscheidung über Maßnahmen erst von weiteren Gesprächen (z.B. mit Angehörigen) abhängig gemacht. Dabei kann es vorkommen, dass man als (nicht in der Gruppe involvierter) Leser der anonymisierten Protokolle keine weiteren Informationen über den nachfolgenden Verlauf des Falles erhält.

Außerdem wird jedes Jahr eine Statistik angefertigt, welche die von der Kinderschutzgruppe bearbeiteten Fälle wiedergibt. Dabei werden diese auch in Kategorien eingeteilt, die in der Auswertung der Ergebnisse dieser Arbeit genauer beschrieben werden.

In einer Liste werden alle jemals in der KSG Leoben bearbeiteten Fälle vermerkt.

In der Krankengeschichte des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen wird außerdem dokumentiert, dass eine Kinderschutzgruppen-Besprechung stattgefunden hat. Das Protokoll der Kinderschutzgruppe wird aber nicht in die Krankengeschichte aufgenommen.

3.10.5 Ergebnisse der Datenauswertung

Für die vorliegende Arbeit wurden die Protokolle der Kinderschutzgruppe Leoben aus den Jahren 2012, 2013 und 2014 anonymisiert ausgewertet und analysiert. In dem festgelegten Zeitraum sind 44 besprochene Fälle dokumentiert. Unter Berücksichtigung der in mehr als einer Sitzung der Kinderschutzgruppe Leoben besprochenen Fälle (Wiederholungen) ergibt die Zahl der getätigten Fallbesprechungen 55.

Tabelle 1: Fallzahlen KSG Leoben für die Jahre 2012 - 2014 (ohne Wiederholungen)

Jahr	Fallbesprechungen
2012	14
2013	16
2014	14

Bei größerer Komplexität oder um der Nachbesprechung willen wurden Fälle auch bei

mehr als einem Treffen der Kinderschutzgruppe besprochen. Während des beobachteten Zeitraumes wurden acht Fälle zwei Mal in Sitzungen der Kinderschutzgruppe Leoben angesprochen. Ein Fall musste drei Mal thematisiert werden.

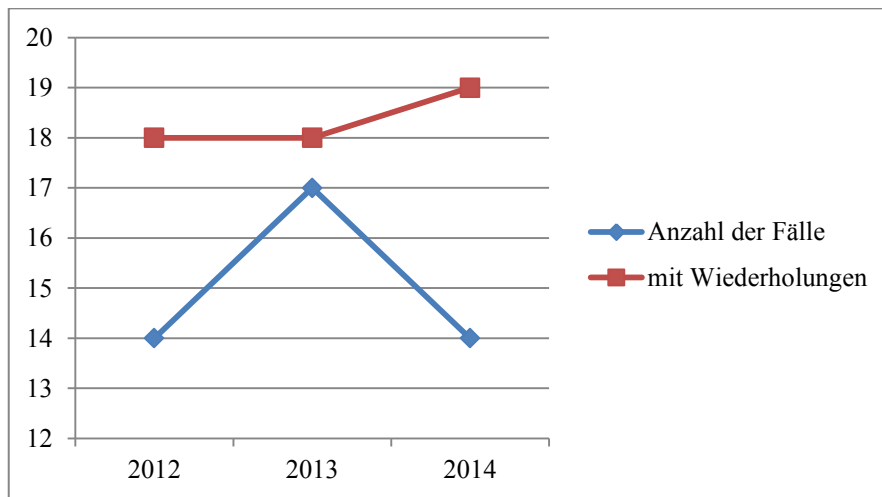


Abbildung 1: besprochene Fälle der KSG Leoben in den Jahren 2012 - 2014

Anlass der Treffen

In dem beobachteten Zeitraum traf sich die Kinderschutzgruppe zu insgesamt 38 Sitzungen. Jeweils fünf pro Jahr davon waren ordentliche Sitzungen. Diese Termine sind fix festgelegt und werden am Ende des vorhergehenden ordentlichen Treffens gemeinsam bestimmt. Mit 15 ordentlichen Sitzungen liegt der Anteil bei 39,5%. Die restlichen 60,5% der Treffen wurden aus aktuellem Anlass einberufen.

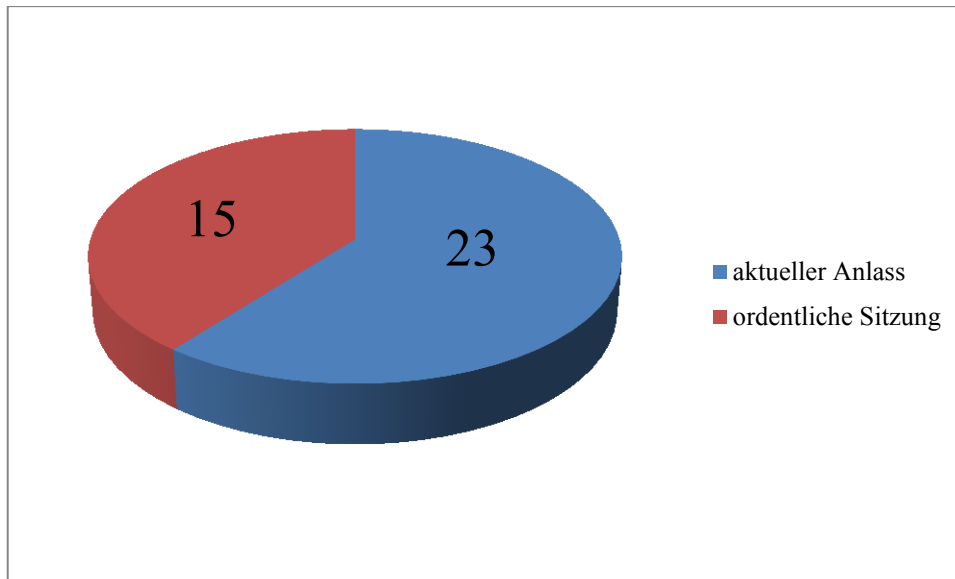


Abbildung 2: Verteilung der Anlässe für ein KSG-Treffen in Leoben

Teilnehmerzahlen

Die Anzahl der an den Treffen teilnehmenden Mitglieder variierte von Termin zu Termin zwischen 4 und 13 Personen.

An ordentlichen Treffen nahmen durchschnittlich knapp 11, an akut einberufenen Sitzungen durchschnittlich 8 Personen teil.

Einsatz

Die Kinderschutzgruppe Leoben arbeitet einerseits mit Verdachtsfällen auf der Station, andererseits kann sie aber auch im ambulanten Setting zum Einsatz kommen. Wenn keine akute Gefahr besteht, müssen nicht zwingend sofortige Maßnahmen getroffen werden. Es können Hilfeleistungen angeboten und Lösungsvorschläge präsentiert werden. Wichtig ist dabei die Bereitschaft der Eltern bzw. der Bezugspersonen zur Kooperation. Von den besprochenen 44 Fällen waren 34,1% (n=15) ambulant in Behandlung, die restlichen 65,9% (n=29) auf Station. Ein Fall, bei dem es während des Klinikaufenthaltes des neugeborenen Bruders zu Gewalt an dem Geschwisterkind durch den Vater kam, ist ebenfalls der Sparte „ambulant“ zugeteilt worden, obwohl die Gespräche mit dem Vater bzw. der Familie bei Besuchen geführt wurden.

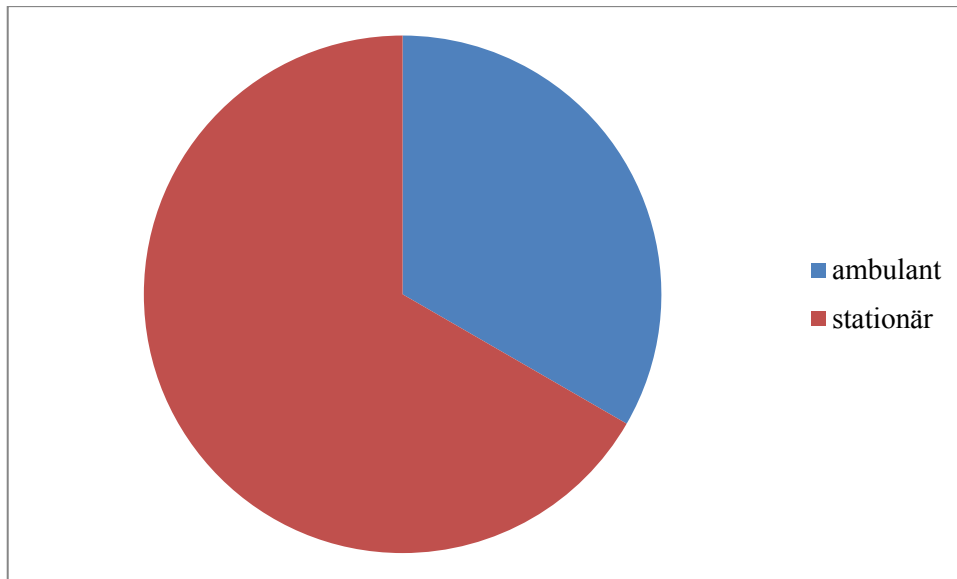


Abbildung 3: Verteilung der stationären und ambulanten Fälle

Geschlecht

Im beobachteten Zeitraum waren 27,3% der betroffenen Kinder männlich und 72,7% weiblich. Unter den Verdachtsfällen sind Mädchen somit deutlich häufiger vertreten als Jungen, wie auch die folgende Grafik veranschaulicht.

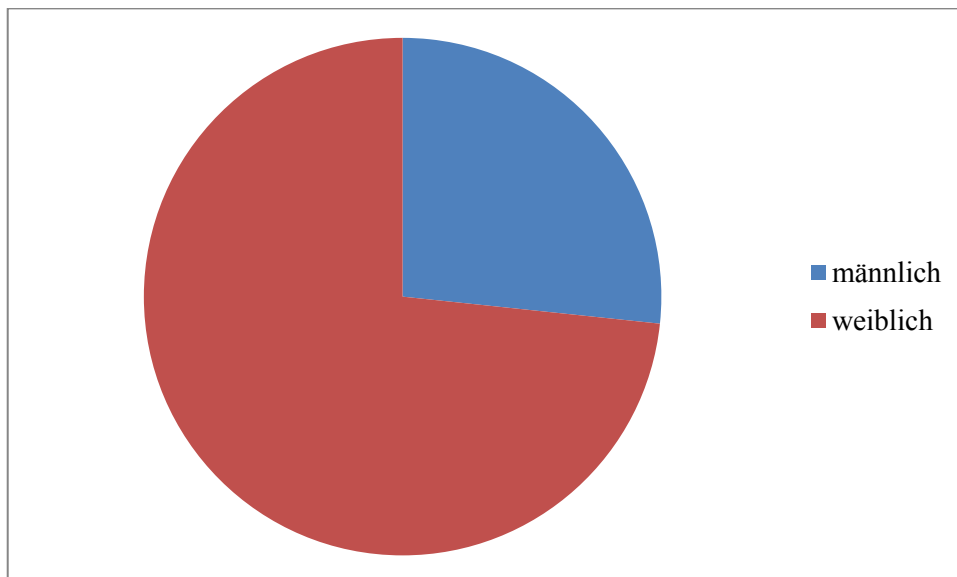


Abbildung 4: Verteilung der Geschlechter

Alter

Die Kinder und Jugendlichen, welche in dem beobachteten dreijährigen Zeitraum Unterstützung durch die Kinderschutzgruppe Leoben erhielten, waren zwischen 7 Tagen und 17 11/12 Jahre alt. In der Altersgruppe 12-13 Jahre wurden mit 22,2% die meisten Verdachtsfälle verzeichnet. Mit jeweils 15,6% sind die Altersgruppen 0-1 Jahr und 10-11 Jahre am zweithäufigsten vertreten. Mehr als die Hälfte der Kinder (59%), welche in der Kinderschutzgruppe besprochen wurden, waren über 10 Jahre alt. 22,3% - also etwas mehr als 1/5 - der betroffenen Kinder waren zu dem Zeitpunkt des jeweiligen Ereignisses zwischen 0 und 3 Jahre alt.

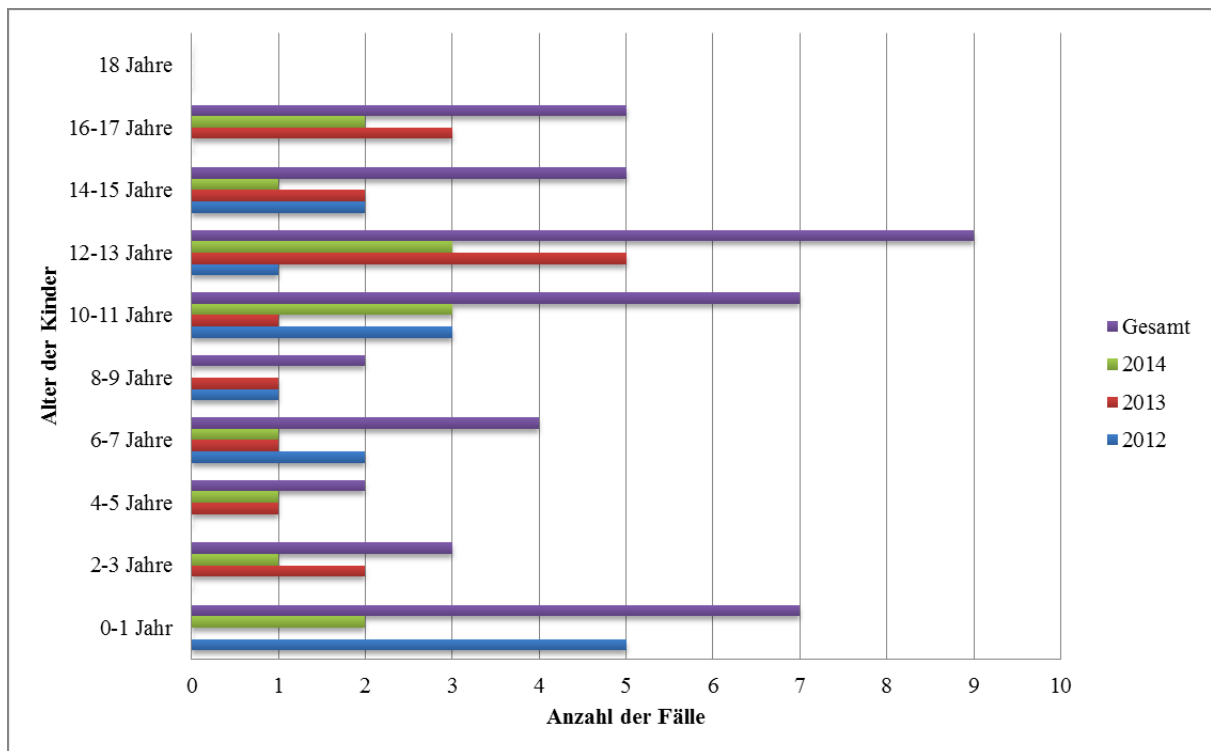


Abbildung 5: Altersverteilung der betroffenen Kinder

Gründe für die Anforderung der KSG Leoben

Die Konsultation der Kinderschutzgruppe erfolgt auf unterschiedlichem Wege und wegen einer Vielzahl von Gründen. Um diese statistisch auswerten zu können, wurden die

einzelnen Fälle in 5 verschiedene Gruppen unterteilt: Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Verdacht auf seelischen oder körperlichen Missbrauch/Verwahrlosung, Gravidität (von Minderjährigen) und diverse andere Gründe bzw. Diagnosen. Zu diesen zählen psychosoziale Belastungssituationen diverser Ursachen, Störung des Sozialverhaltens, suizidale Gedanken bzw. Suizidversuch, Fragestellung bezüglich Fähigkeit der Eltern zur Versorgung des Kindes, Verdacht auf Inzest, Gewalt in der näheren Familie, Überforderung der Eltern und Abklärung aufgrund von Verwahrlosungstendenz.

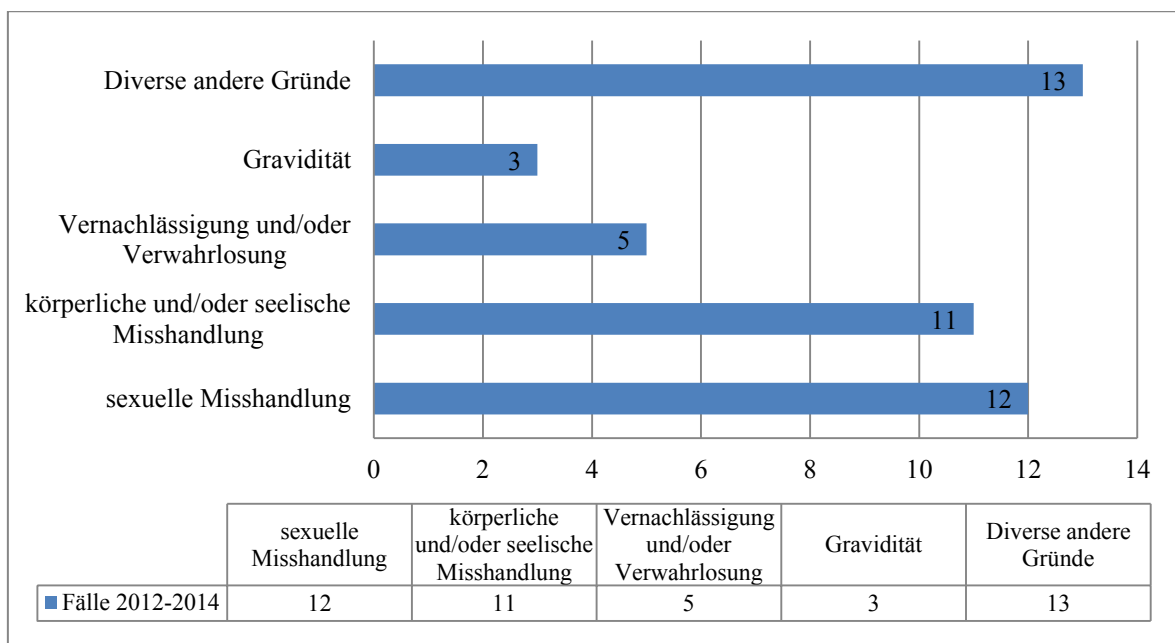


Abbildung 6: Gründe für die Anforderung der Kinderschutzgruppe

Art der Meldung

In den beobachteten drei Jahren kam es in unterschiedlicher Weise zu Konsultationen bzw. Verfolgung von Verdachtsfällen.

13,6% der Fälle wurden von einem niedergelassenen Arzt bzw. einer niedergelassenen Ärztin an die KSG Leoben überwiesen. In 34,1% ergab sich während eines stationären Aufenthaltes (vor allem auf der Station für Psychosomatik) ein Verdacht, welcher weiter verfolgt wurde, oder die Kinder äußerten sich im Rahmen des Aufenthalts selbst zu ihren Sorgen.

In 18,2% der Fälle kam es durch beide Eltern, einen Elternteil oder eine nahe Angehörige (Großmutter) zu einer Meldung, welche den Einsatz der Kinderschutzgruppe erforderte. Auch die chirurgischen und gynäkologischen Ambulanzen suchten Unterstützung bei Problemstellungen rund um den Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, wobei die betroffenen Kinder (13,6% der Fälle) an die Kinderambulanz weitergeschickt wurden. Die Einschaltung der Kinderschutzgruppe erfolgte dann von dort aus. Den oben bereits erwähnten Fall der Gewalthandlung an einem Mädchen während eines Besuches im Krankenhaus hat eine Krankenschwester beobachtet und sogleich gemeldet.

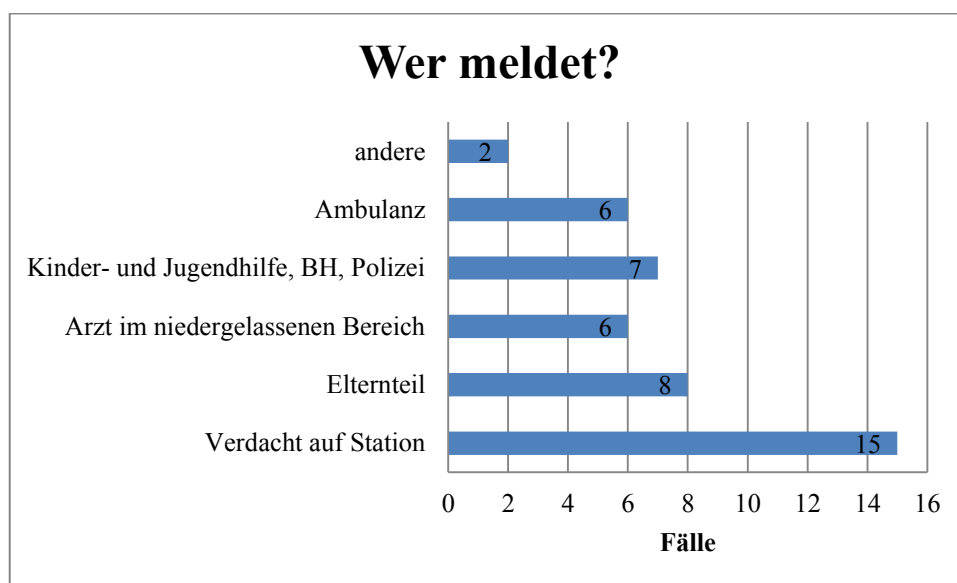


Abbildung 7: Meldende Personen

Risikofaktoren

Schwierige familiäre Verhältnisse zählen zu den am häufigsten erhobenen Risikofaktoren. Ein instabiles Umfeld wurde in 72,3% der Fälle erhoben. Andere psychosoziale Risikofaktoren wie Ängste, Süchte, Krankheit oder Todesfall in der Familie, Verwahrlosung, belastende Wohnsituation, traumatische Ereignisse in der Vergangenheit oder Eskalationen in häuslicher Umgebung wurden in 70,5% der Verdachtsfälle dokumentiert.

Bei der Hälfte der betroffenen Kinder gab zumindest eine der Bezugspersonen an, mit der Situation überfordert zu sein. In 43,2% der Fälle lebten die Eltern getrennt, 40,9% waren

Alleinerzieher. Ebenfalls 40,9% hatten in ihrem eigenen Leben bereits Gewalt erlebt oder selbst Gewalt ausgeübt.

Nicht kooperative Eltern sind eine weitere Hürde im Prozess der Sicherung des Kindeswohls. Durch Verschleppung von ambulanten Kontrollterminen, Nichteinhaltung von Vereinbarungen mit der Kinder- und Jugendhilfe oder genereller Uneinsichtigkeit bezüglich der potentiellen Gefährdung von Kindern besteht ein erhöhtes Sicherheitsrisiko für die betroffenen Mädchen und Jungen. Wenn Betreuung auf freiwilliger Basis nicht funktioniert, müssen weitere amtliche Schritte eingeleitet werden. In 20,5% der Fälle waren die für die Kinder verantwortlichen Personen nicht ausreichend kooperativ und/oder wollten die von Seiten der Kinderschutzgruppe und der Kinder- und Jugendhilfe getroffenen Maßnahmen nicht akzeptieren.

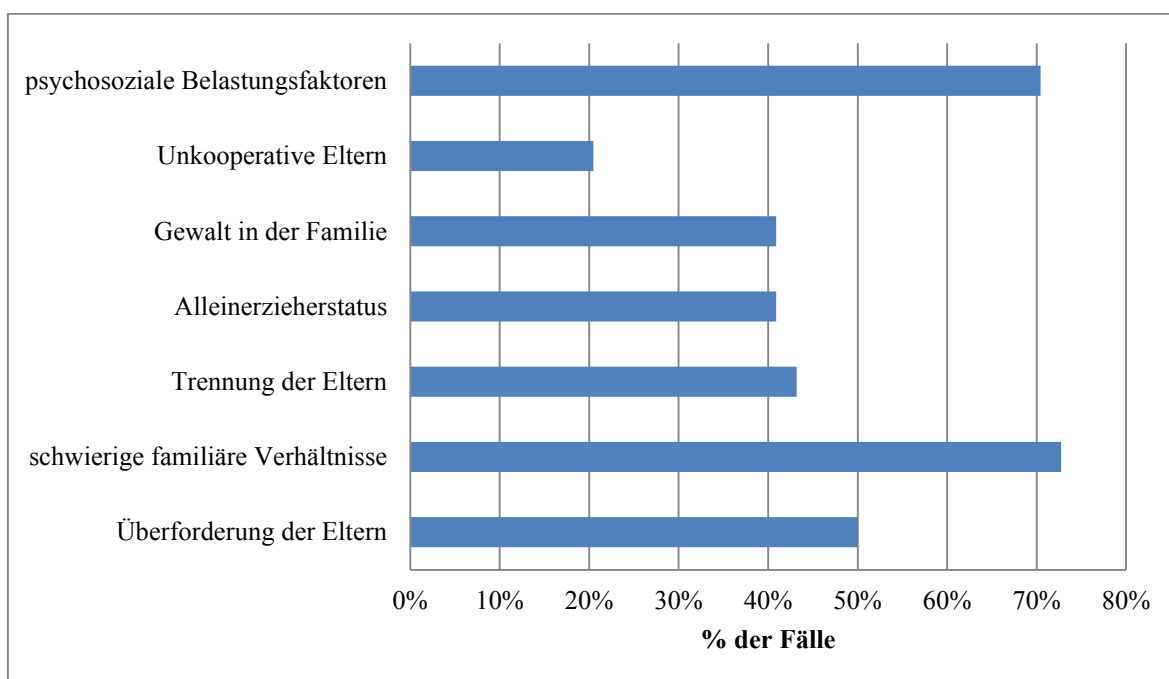


Abbildung 8: Risikofaktoren Kindeswohlgefährdung

Kulturelle Differenzen

Drei der Fälle waren verknüpft mit kulturellen Besonderheiten. In einem Fall mussten die Eltern darauf hingewiesen werden, dass das Schlagen von Kindern in Österreich eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen kann. In den Gesprächen zeigten sich die aus Afghanistan stammenden Eltern nicht wirklich einsichtig, da sie die körperliche

Züchtigung als legitimes Erziehungsmittel ansahen. Ein Mädchen kam nach einem gescheiterten Suizidversuch an das Landeskrankenhaus Leoben. Als Auslöser für die Verzweiflungstat gab es einen intensiven Konflikt der Kulturen bzw. der Lebensrealitäten zwischen ihr und dem Vater an. Die Kooperation in diesem Fall war äußerst schwierig, da das Mädchen vom Vater stark unter Druck gesetzt wurde und am Ende alle ihre Aussagen widerrief.

Der dritte Fall war ein 11-jähriger türkischer Junge, welcher zu einer Art Tyrann für die gesamte Schüler- und Lehrerschaft wurde. Die Mutter hatte dem nichts entgegenzusetzen, die Erziehung als einziger Sohn (männliches Familienmitglied) verlief bereits in diese Richtung.

In einem Protokoll wurde vermerkt, dass solche kulturellen Besonderheiten immer mehr eine große Herausforderung für die Kinderschutzgruppenarbeit darstellen.

Weitere Abklärung

Um einen gemeldeten Verdacht beurteilen zu können, sind vielfach weiterführende Untersuchungen notwendig. In bestimmten Fällen ist das Zuziehen von Experten und Expertinnen anderer Berufsgruppen zur Evaluierung des Tatbestandes hilfreich. Beispielsweise wurde ein suspekter Röntgenbefund zur Begutachtung an das Ludwig Boltzmann Institut gesendet. In einem anderen Fall kam es zu einer Laborabklärung auf HIV, Hepatitis und K.O.-Tropfen. Auch die Beurteilung durch eine Psychologin bzw. einen Konsiliarpsychiater wurde mehrfach genutzt.

Ein Mädchen wurde an die Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF) überwiesen, wo es bereits von vorherigen Aufenthalten bekannt war. Die Möglichkeiten der Betreuung konnten in diesem Fall dort besser an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. Es handelte sich um ein äußerst komplexes Problem. Die weitere Abklärung der Situation wurde somit ebenfalls an das LSF abgegeben und wäre erst nach der Rücktransferierung wieder im Zuständigkeitsbereich der Kinderschutzgruppe Leoben gewesen.

Beschlüsse

In 15 von 44 Fällen wurde der jeweilige Verdacht bestätigt. Nur ein Verdachtsfall konnte klar als falsch objektiviert werden. Bei vielen Konsultationen (45,5%) waren zum Zeitpunkt des Treffens der Kinderschutzgruppe noch Fragen offen, konnte der Verdacht momentan nicht erhärtet werden, oder es fehlten dazu einfach Daten in der Dokumentation. Vorrangig war in den Besprechungen bzw. bei der Protokollführung immer die Frage nach

der aktuellen Gefährdungssituation für das betroffene Kind. Nach dieser Einschätzung wurde beschlossen, welche konkreten Maßnahmen gesetzt werden sollen. In 18,2% wurde die Kinderschutzgruppe mit konkreten Fragestellungen konsultiert, bei denen es nicht um die Abklärungen einer Verdachtssituation ging.

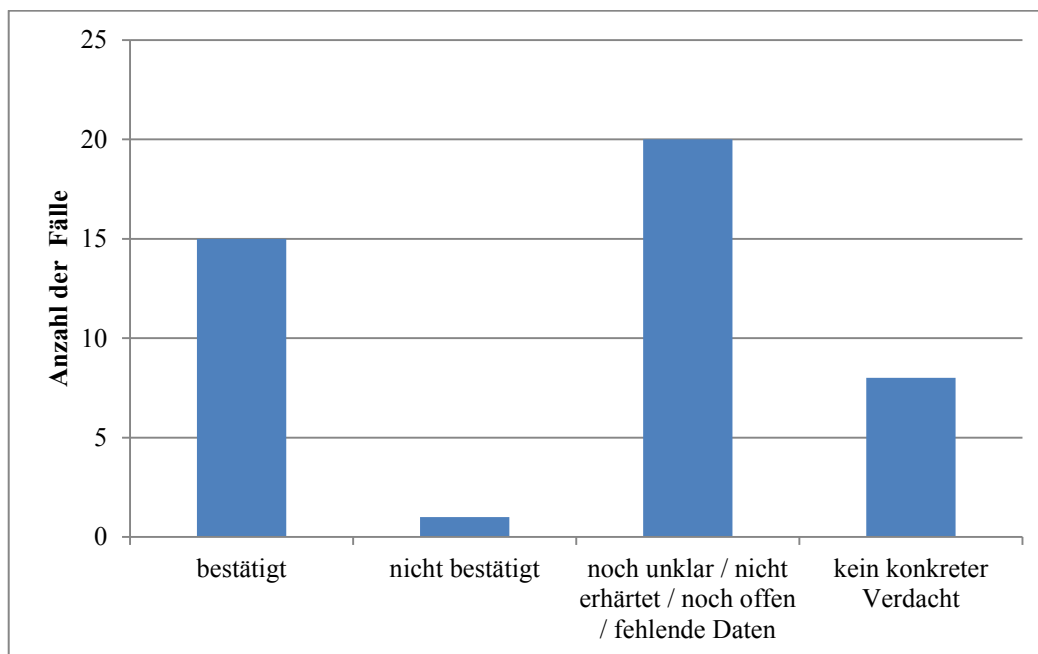


Abbildung 9: dokumentierter weiterer Verlauf der Verdachtsfälle

Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe

In 22 Fällen kam es bei der Sitzung der Kinderschutzgruppe zu dem Beschluss, dass eine Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe erfolgen soll. Außerdem wurden in 14 Fällen dort Informationen eingeholt bzw. der weitere Verlauf in Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe geplant. Drei Verdachtsfälle waren bereits vor der Konsultation der Kinderschutzgruppe gemeldet worden.

In 13 Fällen (29,5%) hatte die Kinder- und Jugendhilfe schon zuvor Kenntnis über das Kind bzw. die Familiensituation. Die Kinderschutzgruppe Leoben bekam die jeweiligen Kinder entweder bereits von dieser Institution zugewiesen oder es stellte sich zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme heraus, dass die betroffenen Kinder dort bereits bekannt waren.

Ein Ausfolgeberbot wurde in 7 Fällen (15,9%) verhängt. Teilweise war dieses zusätzlich mit einem Besuchsverbot verbunden.

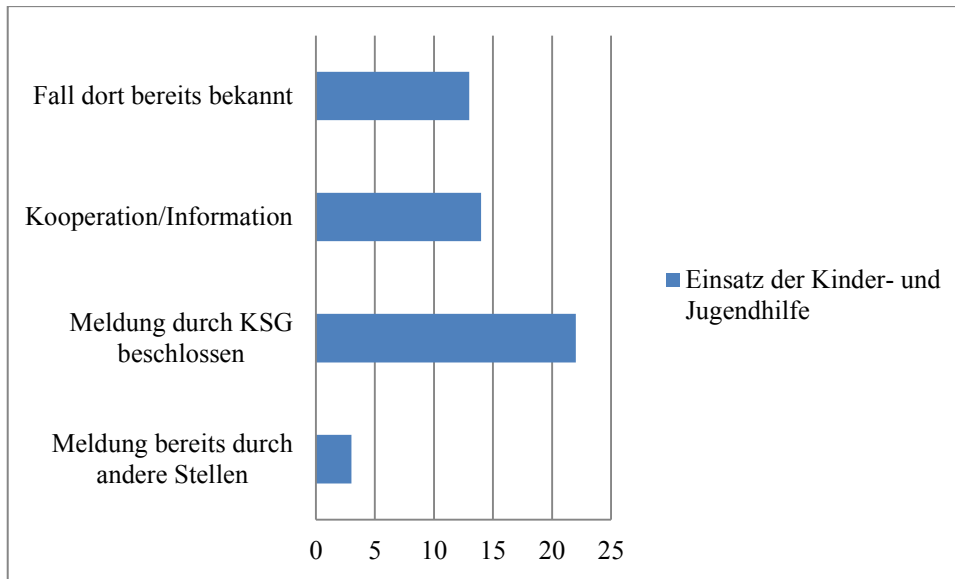


Abbildung 10: Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe

Kooperation mit der Polizei

Die Kinderschutzgruppe hat in 7 Fällen beschlossen, dass eine Anzeige bei der Polizei notwendig ist. 9 Fälle wurden bereits durch eine andere Stelle angezeigt. In drei Verdachtsfällen war zum Zeitpunkt des Treffens noch keine Entscheidung dahingehend getroffen worden. Das Vorgehen wurde vom weiteren Verlauf der Gespräche abhängig gemacht.

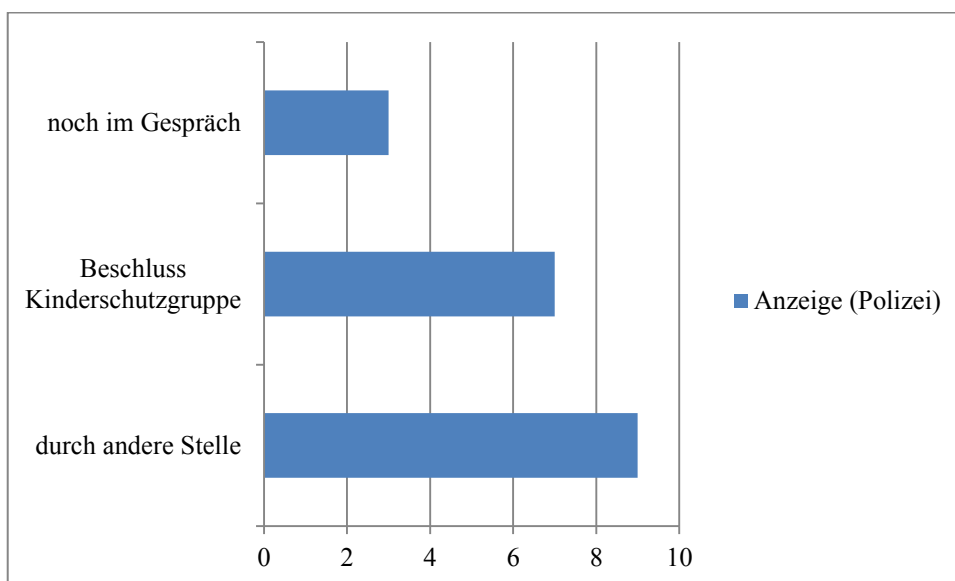


Abbildung 11: Einschaltung der Polizei durch eine Anzeige

In einem Fall beschlossen die Mitglieder der Kinderschutzgruppe Leoben unter der Voraussetzung, dass die Kinder- und Jugendhilfe Bescheid weiß, von einer Anzeige Abstand zu nehmen (Ärztegesetz § 54 Ermessensspielraum).

Weitere Tätigkeit der Kinderschutzgruppe Leoben

In sechs Fällen wurden Helferkonferenzen einberufen, um mit den Betroffenen und dem involvierten Fachpersonal Lösungswege zu erarbeiten.

Ambulante Kontrollen wurden in 34,1% der Fälle entweder vereinbart beziehungsweise empfohlen oder den betroffenen Familien für den Fall des erneuten Auftretens von Schwierigkeiten angeboten. Die Treffen sollten in der psychosomatischen Ambulanz oder der allgemeinen Kinderambulanz stattfinden. Engmaschige ambulante Kontrollen dienen der regelmäßigen Überprüfung des Kindeswohles – im Speziellen in unklaren Situationen.

In 9 Fällen (20,5%) wurde eine stationäre Aufnahme empfohlen. Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes gibt es verschiedene Möglichkeiten sowohl der weiteren Begutachtung als auch der Intervention.

Die Aufnahmen hatten folgende verschiedene Maßnahmen zum Ziel:

- Feststellung von Eltern – Kind – Interaktion
- Umsetzung heilpädagogischer Maßnahmen
- Exploration von wahrscheinlich somatoformer Schmerzsymptomatik auf der psychosomatischen Abteilung
- psychologische Gespräche
- stationäre Betreuung bis zur Klärung der weiteren Unterbringung
- Sicherung des Kindes bei akuter Gefährdung

Die weiterführenden Empfehlungen und Maßnahmen der Kinderschutzgruppe Leoben, welche in 65,9% der Fälle zum Einsatz kamen, waren äußerst vielfältig.

Beispiele dafür sind:

- Installierung einer Psychotherapie
- sozialpädagogischen Familienbetreuung
- Organisation eines Platzes in Kinderschutzzentrum
- Planung von Zahnsanierung – Weiterleitung an Jugendhilfe
- Alternative Unterbringung wenn Mutter bzw. Eltern das Kind ohne Hilfe nicht versorgen können
- Empfehlung über weiteren Verbleib des Kindes
- Auflagen für Eltern
- Gespräche
- Krisenintervention
- Organisation von Hilfestellungen
- Möglichkeiten für Familien aufzeigen, Unterstützung bei Betreuung zu erhalten
- Psychosoziale Prozessbegleitung
- Etc.

Sexuelle Misshandlung

Von den betroffenen Kindern waren 91,7% weiblich (n=11) und 8,3% männlich (n=1). Am häufigsten vertreten war die Altersgruppe 12-13 Jahre. 58,3% (n=7) waren zum Zeitpunkt des Übergriffes zwischen 12 und 17 Jahre alt, 25% (n=3) unter 5 Jahre.

Die unter Verdacht stehenden Personen gehörten in 58,3 Fällen zum Familienkreis (Vater, Onkel, Großmutter). Die restlichen Verdächtigen (41,7%) waren ebenfalls Bekannte des Kindes (Freunde der Familie, Nachbar, Schulkollegen, Mitbewohner). 83,3% der möglichen Täter waren über 18 Jahre alt.

In 8 Fällen (66,7%) wurde der Verdacht des sexuellen Missbrauchs bestätigt. Bei den übrigen 4 Kindern konnte der Verdacht zum Zeitpunkt der Beurteilung durch die KSG nicht klar erhärtet werden.

3.11 Kinderschutzgruppen in Österreich

Zur Gründung der ersten Kinderschutzgruppe in Österreich kam es 1990. (2) In den darauf folgenden Jahren wurden weitere Kinderschutzgruppen in Krankenanstalten eingerichtet. Anstoß dafür war eine Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie und dem damaligen „Jugend- und Familienministerium“. (15, S.3) Mittlerweile ist die verpflichtende Einführung von Kinderschutzgruppen im KAKuG gesetzlich verankert. (13) Auf die genaue rechtliche Beschreibung wird im Laufe dieses Teils noch näher eingegangen.

Bis heute sind wenige Studien zum Thema Kinderschutzgruppen in Österreich durchgeführt und veröffentlicht worden.

Thun-Hohenstein hat 2005 eine Bestandsaufnahme zur damaligen Situation und zu den Fortschritten der Kinderschutzgruppen in Österreich veröffentlicht. (2) Außerdem publizierte dieser ein Jahr später eine Analyse der Arbeit der interdisziplinären Kinderschutzgruppe Salzburg. (44)

Goessler et al. (3) beschäftigten sich als Erste in einer 2010 veröffentlichten Arbeit mit der Wirkung und dem Einfluss von Kinderschutzarbeit und beschrieben Probleme in der Kooperation der in die Misshandlungsfälle involvierten Berufsgruppen.

Fasching (45) verfasste 2000 einen Artikel über die Aufgaben und Ziele in der Arbeit von Kinderschutzgruppen. Eberl et al. (46) untersuchten die Häufigkeit der stationären Aufnahme von Kindern mit Verdacht auf nicht akzidentielle Verletzung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität in den Jahren 2001 bis 2006 und beschrieben in der Publikation die Kinderschutzgruppenarbeit.

Kletečka-Pulker und Inthorn (47) veröffentlichten 2012 mit dem Band 7 der Schriftenreihe „Ethik und Recht in der Medizin“ namens „Kinderschutzgruppen in Österreich“ die erste disziplinenübergreifende Forschungsarbeit zum Thema. Die darin enthaltenen Beiträge beleuchten den Kinderschutz aus unterschiedlichen Perspektiven. Von der historischen Entwicklung wird ein Bogen zur Arbeitsweise von Kinderschutzgruppen, den unterschiedlichen Arten von Misshandlung, den rechtlichen Grundlagen und Zukunftsüberlegungen geschaffen.

3.12 Medizinischer Kinderschutz in andren Ländern

Im internationalen Vergleich hat die USA eine Vorreiterrolle in der Kinderschutzarbeit inne. Seit den 1960er Jahren beschäftigt man sich dort mit der komplexen Thematik. (2) Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Kindesmisshandlung hat dort somit eine wesentlich längere Tradition als in Europa, und es existieren viele Fachartikel zum Thema Kindesmisshandlung und Kinderschutz. Auch der Kinderarzt C. Henry Kempe, welcher für seine Pionierleistungen auf dem Gebiet des modernen Kinderschutzes bekannt wurde (48) lebte, arbeitete und veröffentlichte seine Aufzeichnungen zum „Battered Child Syndrome“ in den 1960er Jahren in den USA. Kempe setzte sich bereits damals für den heute üblichen multiprofessionellen Ansatz bei der Arbeit zum Schutz von Kindern ein. Zur Gründung der international ersten Kinderschutzgruppe kam es 1958 im Kinderkrankenhaus in Pittsburgh (USA). (48) Amerikanische Kinderschutzgruppen verfügen verglichen mit Österreich zu einem deutlich größeren Anteil über eigenes Personal und eine eigene Finanzierung.(3)

Im Ländervergleich konnte eine geringere Misshandlungsrate mit niedriger Kinderarmut, Reduktion der elterlichen Risikofaktoren und höhere Unterstützung für Eltern assoziiert werden. (49)

In der vorliegenden Diplomarbeit wird vorrangig die Situation in Österreich behandelt, die Entwicklung in Europa soll mit einem Schwerpunkt auf die deutschsprachigen Nachbarländer Deutschland und Schweiz beschrieben werden. Diese unterscheiden sich von Österreich vor allem in Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen und Regelungen im Kinderschutz. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass in den letzten 10-15 Jahren große Fortschritte im Bereich Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung gemacht und viele Initiativen zur Etablierung von Kinderschutz sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch im medizinischen Alltag entwickelt wurden. Außerdem kam es in vor allem in Deutschland zu einer deutlichen Zunahme in der Anzahl der etablierten Kinderschutzgruppen. (50) In allen Ländern brauchte es dazu oft viel Engagement von Einzelpersonen und die Arbeit verläuft meist ehrenamtlich. Ein wichtiger politischer Schritt für Österreich war die gesetzliche Verankerung der Einführung von Kinderschutzgruppen 2004. (2) In den nächsten Jahren wäre eine weitere (auch finanzielle) Unterstützung der Arbeit gefordert. Im Vergleich zu den USA hinkt der deutschsprachige Raum zusätzlich in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung weit hinterher.

3.12.1 Deutschland

Erste Versuche, ein Verständnis von Kinderschutz als Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten zu etablieren, gab es in Deutschland bereits in den 1980er Jahren, die Bemühungen konnten sich jedoch über längere Zeit nicht durchsetzen. (48) Ebenso wie in Österreich hat die Auseinandersetzung mit Kinderschutz in den letzten 10 – 15 Jahren eine breitere öffentliche Aufmerksamkeit erreicht, und die Arbeit in Richtung geregelter Maßnahmen und Richtlinien wurde vorangetrieben. 2008 erschien mit „Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen.“ (10) das erste und umfangreiche Lehrbuch zu diesem Thema in deutscher Sprache. Mittlerweile wurde eine 2. aktualisierte Auflage veröffentlicht.

Es gibt inzwischen auch immer mehr Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung. Sowohl der medizinische Kinderschutz als auch der multidisziplinäre Ansatz in Prävention und Intervention wurden wissenschaftlich bearbeitet. (12)

Außerdem kam es zur Gründung von Arbeitsgruppen und Gremien, wodurch ein breiteres Netzwerk aufgebaut werden konnte. (48)

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und die Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) geben mit ihrem gemeinsam verfassten Leitfaden für Kinderschutzgruppen „Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken (Version 1.5, 2015)“ (16) Empfehlungen für das Vorgehen im Verdachtsfall. Der Leitfaden wurde in Anlehnung an die in Österreich und der Schweiz bereits existierenden „Konzepte“ zur Arbeit von Kinderschutzgruppen verfasst. Diese Empfehlungen sollen von den jeweiligen Kinderkliniken oder -abteilungen bearbeitet und an die jeweiligen lokalen Möglichkeiten angepasst werden. Somit soll ein „strukturiertes und verbindliches Interventionskonzept“ (16, Seite 3) erarbeitet werden, welches eine klare Orientierung in Verdachtsfällen vorgibt. Empfohlen wird außerdem die Einrichtung von Kinderschutzgruppen. Deutschlands erste Kinderschutzgruppe wurde 2003 in Kassel eingeführt. Herrmann et al. (48) berichten in ihrem Artikel 2012 von KSG an 55 Kliniken. Bei einer 2014 durch die AG KiM durchgeführten Umfrage (50) zur Erhebung der aktuellen Anzahl von Kinderschutzgruppen an deutschen Kinderkliniken wurden 101 KSG gezählt. Eine Grafik zeigt die Gründung von 41 Gruppen in den Jahren 2012 und 2013. Im Gegensatz zu

Österreich besteht jedoch keine gesetzliche Verankerung für die verpflichtende Einführung von Kinderschutzgruppen in Deutschland.

Mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) gibt es eine Fachgesellschaft, welche alle im Schutz von Kindern involvierten Berufssparten vereint. Diese bietet auch Fortbildungen zum Thema an. (48)

Fegert und Richter (51) vertreten die Meinung, dass - obwohl es zwar Möglichkeiten zur medizinischen Fortbildung im Kinderschutz gibt - diese allerdings der komplexen Thematik zurzeit nicht hinreichend gerecht werden.

Eine AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) Leitlinie ist zurzeit in Bearbeitung „Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“, ihre Fertigstellung ist für Ende 2017 geplant. (52)

3.12.2 Schweiz

Die Kinderschutzgruppe des Universitäts-Kinderspitals Zürich besteht schon seit 1969. Wie in Deutschland gibt es auch in der Schweiz keine bundesweite Regelung zum Thema Meldepflicht. (53) Die rechtliche Lage variiert in den einzelnen Kantonen. Die einzige Ausnahme ist die Pflicht eine Misshandlung melden zu müssen, welche den Tod eines Kindes zur Folge hat. An den meisten Kinderspitälern in der Schweiz sind aktuell Kinderschutzgruppen etabliert. (36)

Seit 6 Jahren werden in der Schweiz an Kinderkliniken einmal im Jahr Daten erfasst, um die Zahl der wegen vermuteter oder gesicherter Misshandlung behandelten Kinder zu dokumentieren. Diese werden als nationale Kinderschutzstatistik veröffentlicht. Im Jahre 2014 (54) nahmen 21 der insgesamt 26 Kinderkliniken teil. Insgesamt wurden 1405 Fälle gemeldet. Es wird vielfach davon ausgegangen, dass die Zunahme an Meldungen nicht zuletzt auf die verstärkte Sensibilisierung aller Mitarbeiter der unterschiedlichen Disziplinen an den Kinderkliniken zurückzuführen ist und nicht unbedingt eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz widerspiegelt. Es wird vielmehr angenommen, dass es effektiv zu einem Rückgang der Dunkelziffer kommt, indem mehr Misshandlungen entdeckt und gemeldet werden. (27, 29)

Auch in der Schweiz zeigen die Ergebnisse der Statistik (54), dass ein großer Anteil der Misshandlungen in früher Kindheit geschieht. „Ein Fünftel aller misshandelten Kinder war jünger als 2 Jahre, gut 40% der misshandelten Kinder sind jünger als 6 Jahre.“(54, S. 1) Psychische Misshandlung lag prozentuell nur knapp hinter der körperlichen. Dabei seien die Auswirkungen von häuslicher Gewalt auf Kinder zu beachten. Eine weitere Auffälligkeit in der Statistik ist, dass in vielen Fällen die Familien bereits bei Behörden bekannt waren. (54)

Die Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kliniken veröffentlichte 2005 eine Empfehlung (31) für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken. Diese sollen ebenso als Orientierung dienen und von den jeweiligen Ärzten und Ärztinnen an die Situationen in ihren Kliniken und Abteilungen angepasst werden. 2011 folgte die Broschüre „Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis“ herausgegeben von der Stiftung Kinderschutz Schweiz. (53)

4 Diskussion

In Österreich wurde dem Thema Kinderschutz in den letzten 25 Jahren erfreulicherweise ein immer größerer Stellenwert eingeräumt. Lange Zeit war der medizinische Kinderschutz fast nur durch Pionierarbeit Einzelner im Krankenhausalltag vertreten. Trotz gesetzlicher Verankerung seit etwas mehr als 10 Jahren ist die Tätigkeit von Kinderschutzgruppen in Österreich noch unzureichend wissenschaftlich bearbeitet worden. Die vorhandenen Publikationen (1-3, 44-47) geben allerdings einen interessanten Einblick in den Tätigkeitsbereich dieser multidisziplinären Teams. Es sind erfreuliche Fortschritte in Richtung einer wissenschaftlich fundierten Kinderschutzgruppenarbeit in Österreich erkennbar. Im amerikanischen Gesundheits- und Sozialwesen, den Vorreitern in der Etablierung von Kinderschutzgruppen, wurden bereits viele Publikationen verfasst und großflächig erhobene Daten ausgewertet. Auch wenn in diesen die Vorzüge des Austausches in einem multidisziplinären Team bereits sehr eindeutig bewiesen werden konnten, wäre eine genaue Betrachtung der Situation auch in Österreich sinnvoll.

Ärztinnen und Ärzten wird in der Prävention und Früherkennung von Kindeswohlgefährdung eine wichtige Rolle zugeschrieben. (55) Mit der Leitung der Kinderschutzgruppe haben pädiatrische Fachärztinnen und -ärzte nach wie vor eine große Verantwortung, teilen aber den Entscheidungsprozess mit einer Gruppe von Expertinnen

und Experten aus verschiedenen anderen Fachgebieten. Diese fachübergreifende Zusammenarbeit hat großes Potential und sollte weiter vorangetrieben werden.

Die Datenauswertung der Jahre 2012, 2013 und 2014 in Leoben im Rahmen dieser Diplomarbeit kann als kleiner repräsentativer Auszug der dort bestehenden Kinderschutzgruppenarbeit gesehen werden. Die deskriptiv-statistische Darstellung der Ergebnisse wurde gewählt, um eine möglichst umfassende Aufbereitung möglich zu machen. Um die erhobenen Zahlen genau in einem österreichweiten Kontext analysieren zu können, wäre eine bundesweite Auswertung der Daten von Kinderschutzgruppen erforderlich. Eine Statistik, welche ganz Österreich erfasst, könnte auch allgemeinen Schlussfolgerungen dienen. Dabei könnte auf die Unterschiede in Fallzahlen und auch in den verschiedenen Gebieten (Stadt/Land) eingegangen werden. Auffälligkeiten sowie eventuell signifikante Häufungen in gewissen Gegenden würden dabei erfasst werden. Auch innerhalb der Steiermark wäre ein Vergleich der Arbeit der existierenden Kinderschutzgruppen interessant. Wie viele Fälle bearbeiten Teams in der Landeshauptstadt Graz pro Jahr? Kommen gewisse Formen von Kindesmisshandlung in der Stadt bzw. am Land gehäuft vor? Diese und viele andere Fragen könnten in weiterer, umfassenderer Forschung auf diesem Gebiet beantwortet werden.

Die Anzahl der Fälle, welche pro Jahr in dem in dieser Arbeit analysierten Zeitraum in der Kinderschutzgruppe thematisiert wurden, war erstaunlich konstant. Über die Hälfte der Treffen wurde aus aktuellem Anlass einberufen. Dies unterstreicht den oft akuten Bedarf des Einsatzes von Mitgliedern der Kinderschutzgruppe und die Bedeutsamkeit einer schnellen Verfügbarkeit. Im Falle eines Verdachts ist eine schnelle, aber genaue Abklärung erforderlich. Im Vergleich mit anderen Aufarbeitungen von Kinderschutzgruppenarbeit in Salzburg (44) und Wien (1) ist die jährliche Zahl der gemeldeten Fälle in Leoben eher niedrig. Meist genügte ein Treffen, in welchem das weitere Vorgehen besprochen wurde. Die im Hintergrund ablaufende, ebenfalls von Mitgliedern der Kinderschutzgruppe geleistete Arbeit wie Gesprächsführung, Diagnostik und Vernetzung mit anderen Einrichtungen scheint in den Protokollen der Sitzungen somit natürlich nicht vollständig auf.

Die Mitglieder der Kinderschutzgruppe Leoben sind zu einem großen Teil an einer der pädiatrischen Abteilungen tätig. Dadurch ist, wie bereits zuvor erwähnt, die Arbeit des Teams eher als Liaisonsdienst zu bewerten. Oft sind die Personen, welche in der Gruppe

den Fall besprechen, auch diejenigen, welche das Besprochene danach umsetzen. Die Sozialarbeiterin, die ebenso Mitglied der Kinderschutzgruppe ist, kann rasch einen umfassenden Einblick in das Umfeld des Kindes gewinnen und die äußeren Umstände beurteilen. Dies bietet eine äußerst hilfreiche Ergänzung zur medizinischen Diagnostik. Es ist anzunehmen, dass in vielen Fällen Unterstützung sowie Betreuung durch die Kinder- und Jugendhilfe einer Anzeige vorzuziehen ist. Die strafrechtliche Verfolgung ist ebenso für die Opfer eine starke Belastung, bei der die Kinderschutzgruppe unterstützend wirken kann.

Stark auffällig ist in Leoben die Dominanz des weiblichen Geschlechts im Vergleich zum männlichen unter den Verdachtsfällen. Fast drei Viertel der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind weiblich. Diese Ungleichverteilung wurde auch bei Kinderschutzgruppen in Wien (1) beobachtet, und auch im internationalen Vergleich zeigt sich ein ähnliches Bild. (34) Besonders hervorzuheben ist die hohe Zahl von Mädchen unter den Opfern sexueller Gewalt.

In den Altersgruppen 0-3 Jahre befand sich in dem beobachteten Zeitraum ein Fünftel der betroffenen Kinder. Dies bestätigt die bereits zuvor beschriebene Häufung (34) von Missbrauchsfällen in dieser vulnerablen Gruppe. Gerade im Säuglings- und Kleinkindalter sind Kinder ihren Eltern bzw. Bezugspersonen völlig schutzlos ausgeliefert. Außerdem gibt es in dieser Altersgruppe kaum kontrollierende Organe, welche die Familie und somit auch die Kinder regelmäßig sehen und die Situation beurteilen können. In diesem Kontext ist die Übernahme von Verantwortung durch Kinderärztinnen und -ärzte gefragt. Sie sehen Kinder im Rahmen von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen und sind Anlaufstelle bei Krankheit oder Verletzungen. Es ist also unbedingt erforderlich, dass sich Ärztinnen und Ärzte mit dem medizinischen Kinderschutz vertraut machen. Im Fachgebiet der Pädiatrie ist in den letzten Jahren viel in diese Richtung passiert. Um dieser wichtigen Rolle im Schutz ihrer Patienten gerecht werden zu können, muss Fachwissen erworben und aktualisiert werden. Es ist unbedingt notwendig, die eigene Wahrnehmung und Beurteilung zu schulen, sich fortzubilden und somit gerade bei vulnerablen Altersgruppen genau hinzusehen.

Natürlich dürfen auch die in allen anderen Fachdisziplinen tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht aus der Verantwortung genommen werden. Auch diese können mittels eigener Screening-Methoden mögliche Risikofaktoren für das Eskalieren von Situationen unter

Gefährdung des Kindeswohles erkennen. Dabei werden elterliche, kindliche und auch soziale Bereiche mit einbezogen. (6) Auch in der medizinischen Betreuung von Erwachsenen könnten somit theoretisch Risikosituationen erkannt und angesprochen, weitergeleitet oder sogar beseitigt werden. Ein großes Spektrum an Disziplinen kommt potentiell mit Vorzeichen, Symptomen oder Spätfolgen von Kindeswohlgefährdung in Kontakt. Zusätzlich wird den Mitgliedern der Kinderschutzgruppe oft ein enormes Vertrauen (51) hinsichtlich guter Hilfestellung und Unterstützung entgegengebracht. Natürlich ist dies ein in gewissem Sinne sehr idealistischer Ansatz, welcher Medizinerinnen und Medizinern neben ihren schon zahlreichen Aufgaben eine weitere große Verantwortung zuschreibt. Auf keinen Fall soll die Last der Kinderschutzarbeit nur dem ärztlichen Personal übertragen werden. Alle im Gesundheitswesen mit Kindern und/oder deren Familien in Kontakt kommenden Personen haben die Möglichkeit und zugleich den Auftrag, sich für deren Wohl einzusetzen und bei Bedarf Auffälligkeiten zu melden. Auch im nicht- medizinischen Bereich könnten vor allem im Sinne der Früherkennung und Prävention noch einige Ressourcen mobilisiert werden. Kindergarten, Schulen und Betreuungseinrichtungen sind beispielsweise ebenso Orte, an welchen die Entwicklung von Kindern über längere Zeit beobachtet werden kann. Die Verantwortung für das Wohlergehen aller Kinder soll auf viele Partner verteilt werden, um möglichst kein hilfebedürftiges Kind zu übersehen. Professionelle Maßnahmen können nur dann gesetzt werden, wenn die entsprechende Expertise vorhanden ist.

Der Arztberuf bietet die Möglichkeit, auch auf dieser Ebene etwas zu bewirken. (55) Mit der entsprechenden Ausbildung, welche in Österreich auf jeden Fall noch optimiert werden müsste, könnten Ärztinnen und Ärzte und ebenso das restliche im Kinderschutz tätige Fachpersonal professionelle Unterstützung leisten und die Aufmerksamkeit hinsichtlich dieser Thematik in ihre tägliche Tätigkeit einfließen lassen.

In Leoben ist ein Vorteil der Kinderschutzgruppenarbeit das Vorhandensein der psychosomatischen Abteilung. Das Team wird durch spezielles Expertenwissen bereichert, welches in einer normalen Kinderabteilung eventuell in dieser Form nicht vorhanden ist. Außerdem besteht die Möglichkeit, Kinder dort in akuten Krisen adäquat zu betreuen. Auch sind die Patienten und Patientinnen auf der Abteilung für Kinderpsychosomatik oft länger stationär in Betreuung. Im Rahmen von im Vergleich zu normalen Krankenhausaufenthalten überdurchschnittlich langem Verbleiben auf der Station kommt es zu einer genauen Auseinandersetzung mit den Kindern und Jugendlichen und eventuelle

Beeinträchtigungen deren Wohls von außen können aufgedeckt werden. Das Angebot der kinderpsychosomatischen Betreuung am LKH Leoben könnte die hohe Zahl an stationären Patienten, welche den Einsatz der KSG erforderten, erklären. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass nicht alle möglicherweise suspekten Fälle tatsächlich an die KSG gemeldet werden. Gerade weil an der Kinderabteilung Leoben mit dem Schwerpunkt Psychosomatik viel Erfahrung in der Arbeit mit schwierigen Fällen besteht, könnte es sein, dass einiges auch ohne Einbeziehung der KSG geregelt wird.

Bei der Betrachtung der verschiedenen Zuweisungen ist auffallend, dass die Vernetzung um die Kinderschutzgruppe Leoben grundsätzlich gut funktionieren dürfte. Sowohl aus dem niedergelassenen Bereich, als auch von Ambulanzen anderer Stationen (Gynäkologie, Chirurgie) wurden Kinder gemeldet oder an die Kinderambulanz weitergeleitet. Diese gute fachübergreifende Zusammenarbeit ist eines der führenden Ziele von Kinderschutzgruppen.

Auch die Erhebung von Risikofaktoren im Umfeld der in Leoben betroffenen Kinder führte zu keinen überraschenden Ergebnissen, sondern bestätigte die bisher anerkannten Zusammenhänge und assoziierten Trigger. Um einem Kind oder Jugendlichen adäquat helfen zu können, muss die Umgebung, in welcher dieses bzw. dieser aufwächst, bei der Intervention mit berücksichtigt werden. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung tritt in allen Bevölkerungsschichten auf. Zur Gefährdung des Kindeswohls scheint es meist durch eine Akkumulierung von verschiedenen Belastungsfaktoren zu kommen – nur wenige Fälle passieren letztlich ohne Vorgeschichte.

Die Kinderschutzgruppe Leoben konsultierte ebenfalls Expertinnen und Experten aus anderen Fachdisziplinen, wenn dies für die weiterführende Abklärung notwendig war. Dies entspricht ebenfalls dem angestrebten interdisziplinären Vorgehen, welches im „Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen“ (15) vorgeschlagen wird.

Nicht immer ist es bei den Sitzungen möglich, eine endgültige Entscheidung zu treffen, ob ein Verdacht auch tatsächlich begründet ist. Grundsätzlich muss zunächst gewährleistet werden, dass das Kind in Sicherheit ist. Daran könnte es auch liegen, dass in über der Hälfte der Fälle im beobachteten Zeitraum in Protokollen nie weiter dokumentiert wurde, wie die Situation im Endeffekt geklärt wurde. Es ist anzunehmen, dass die in der Sitzung besprochenen Maßnahmen ergriffen, weitere Gespräche geführt und meistens vor allem der Kontakt mit der Kinder- und Jugendhilfe hergestellt wurden. Wenn die Familie vor

allem im sozialen Bereich Hilfestellungen benötigt und es keine weiteren medizinischen Fragen gibt, sind weitere Aktivitäten der Kinderschutzgruppe nicht mehr erforderlich. Für die Wahl der Maßnahmen orientieren sich die Mitglieder somit auch an der Kooperationsfähigkeit der Eltern oder Bezugspersonen.

Für die Auswertung der anonymisierten Fallprotokolle stellt diese Tatsache eine Einschränkung dar, da so gewisse Handlungsschritte und insbesondere der weitere Fallverlauf nicht mehr nachvollziehbar sind. Wenn in der Sitzung noch offen gelassen wird, ob Anzeige erstattet werden soll, wird das weitere Vorgehen später nicht mehr in der Kinderschutzgruppen-Mappe dokumentiert. Der Vollständigkeit halber wäre dies aber wünschenswert, auch weil es für neue Mitglieder der Gruppe eventuell lehrreich sein könnte. Natürlich würde eine detailliertere Dokumentation auch höheren Zeitaufwand erforderlich machen, welcher den ohnehin schon ehrenamtlich in der Gruppe Tätigen nicht verpflichtend aufgezwungen werden sollte.

Die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe funktioniert in Leoben gut. Zu der Kinderschutzgruppe gehört auch eine diplomierte Sozialarbeiterin, welche einen wichtigen Beitrag zur gelingenden Vernetzung leistet. Die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe wurde in anderen Gruppen als teilweise schwierig bezeichnet, was nicht zuletzt oft auf die derzeit gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Datenschutzgesetz) und die damit verbundenen Einschränkungen des Informationsaustausches zurückzuführen ist. (33)

Immer aktueller wird die notwendige Auseinandersetzung im Umgang mit kulturell tradierten Werten in der Kindeserziehung. Weltweit gibt es unterschiedliche Standards und Erwartungshaltungen, welche die jeweiligen Gesellschaften prägen. (34) Treffen diese aufeinander, kann dies eine große Herausforderung darstellen. Auch während der Auswertung der Fälle in Leoben wurde dieses Thema aktuell. In einem Fall kam es zu physischer Gewalt eines Vaters gegen seine Tochter. Während in Europa grundsätzlich heutzutage eine klare, auch gesetzlich verankerte Haltung gegen körperliche Züchtigung vertreten wird, ist dies in anderen Kulturen noch nicht der Fall. Eine Konfrontation brachte im genannten Fall wenig Verständnis, der Mann wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass dies in Österreich strafrechtlich verfolgt werden könnte. In einem anderen Fall kam es zur Auseinandersetzung mit extremer Hörigkeit dem Vater gegenüber, wodurch die Bearbeitung des Falles sehr erschwert wurde. Trotz zunächst schwerer Anschuldigungen

und dem Wunsch der Tochter, davon wegzukommen, revidierte das Mädchen im Verlauf ihre Aussagen (laut Protokoll möglicherweise aus Furcht vor Strafe) beziehungsweise nahm diese zurück. In anderen Kulturen gibt es unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Erziehung und Betreuung von Kindern. Dies muss in der Kinderschutzgruppenarbeit berücksichtigt werden. Allerdings soll es dadurch nicht zu einer Einschränkung der Rechte von Kindern kommen. Eine Auseinandersetzung mit kulturellen Differenzen und Lösungsansätze dazu wäre ebenfalls eine wünschenswerte Bereicherung des Weiterbildungsangebots.

Die Auswertung der Daten aus Leoben zeigt die große Vielfalt der Möglichkeiten und Hilfeleistungen, welche über eine Kinderschutzgruppe koordiniert werden können. Dies unterstreicht erneut den positiven Beitrag, welchen solche multidisziplinären Teams im Kinderschutz und zur Stärkung von Familien leisten können.

Für die Auswertung der Kinderschutzarbeit wäre eine einheitliche Dokumentationsform von großem Vorteil. Es existieren bereits Formulare und vorgefertigte Schemata, welche für jeden neuen Fall ausgefüllt werden könnten. (15) Eine geregelte, einheitliche Dokumentation würde es sowohl Außenstehenden als auch anderen Teammitgliedern erleichtern, sich einem neuen Fall anzunähern und die vorliegende Situation zu erfassen. Andererseits ist es für die Qualität der Kinderschutzgruppenarbeit vor Ort nicht a priori wichtig, dass die Dokumentation einheitlich erfolgt. Die involvierten Personen wissen meist viel mehr, als in den Protokollen niedergeschrieben wird und behalten den Überblick über die Situation. Es werden Elterngespräche geführt, weitere Schritte eingeleitet und die dazu notwendigen Stellen benachrichtigt. Dennoch merkt man bei der Aufarbeitung der Fälle vor allem als Außenstehender bei der Arbeit mit anonymisierten Daten, wie unterschiedlich die Menge an niedergeschriebener Information oft ist.

Ein negativer Aspekt bei der Arbeit in Kinderschutzgruppen ist der Mangel an Rückmeldung und Feedback nach der Weitervermittlung eines Kindes. Ärztinnen und Ärzten wird eine Schlüsselfunktion in der Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung zugeschrieben. Durch den interdisziplinären Ansatz der Kinderschutzgruppen werden Entscheidungen im Team getroffen bzw. durchbesprochen und somit die mitunter große Last der Verantwortung für das Wohl des Kindes verringert oder aufgeteilt. Leider verhindern die derzeitigen strengen Datenschutzbestimmungen, dass die Mitglieder der Kinderschutzgruppe Rückmeldung über den weiteren Verlauf des von

ihnen entdeckten Falles einholen können. Für Ärztinnen und Ärzte könnte eine Änderung dieser Regelung zu einer deutlichen Qualitätssteigerung in der Wahrnehmung ihrer Arbeit führen. Nach der Weitergabe von Kindern an andere Stellen zur weiteren Betreuung ist die Arbeit für medizinisches Fachpersonal oft „getan“. Auch in der kinderärztlichen Praxis kann durch den Arzt bzw. die Ärztin nicht überprüft werden, ob beispielsweise nach einer Meldung an das Jugendamt die Familie adäquat überprüft wurde und von dort aus weitere Schritte eingeleitet wurden. Wenn die ärztliche Betreuung der Familie bzw. des Kindes dann nicht zufällig (z.B. im niedergelassenen Bereich) fortbesteht, ist es nicht vorgesehen, dass Informationen zum weiteren Verlauf des Falles zurückgemeldet werden. Diese Ungewissheit könnte ebenfalls zu einem gewissen Gefühl von Frustration führen oder als sehr belastend empfunden werden, was auch in der bereits zuvor erwähnten Pressemitteilung der ÖGKJ (33) klar zum Ausdruck gebracht wurde. Es sollte aus meiner Sicht unbedingt gewährleistet sein, dass die jeweilige Familiensituation weiterhin überprüft wird, um eine Fortdauer der Gefährdung zu vermeiden. Kinder sollen nicht durch „Doctor hopping“ und unzureichenden Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Kinderschutz sowie den jeweiligen Bundesländern durch das Netz fallen können. Da Ärzte und Ärztinnen in ihrer beruflichen Tätigkeit ohnehin einer Schweigepflicht unterliegen, wäre es eventuell möglich, diese Regelungen etwas zu lockern und ein Feedback an die Kinderschutzgruppe weiterzuleiten. Auch im Sinne der Weiterbildung kann es nur von Vorteil sein, wenn auch der weitere Verlauf des Falles der Gruppe bekannt gemacht wird. Nur so ist es möglich, Erfahrungen zu sammeln und aus dem Geschehenen eine Lehre zu ziehen.

Interessant wäre die Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe zu den strengen Datenschutzrichtlinien. Gibt es klare Gründe, welche dagegen sprechen, dass ein beiderseitiger Austausch von Informationen erfolgt, oder steht eigentlich nur die derzeitige rechtliche Lage im Weg?

Eine Untersuchung wert wäre auch eine Erhebung, inwieweit in Österreich Kinderschutz im niedergelassenen Bereich bereits ein Thema ist. Wie sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausgebildet, welche Vorgangsweisen wählen sie und welche Vernetzungsstrukturen gibt es? Die meisten wissenschaftlichen Publikationen beschäftigen sich vorrangig mit Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. Für Österreich gibt es keine Studien zum Thema Kinderschutz im niedergelassenen Bereich. Grundsätzlich ist wahrscheinlich eine niedrigere Erfahrungsrate zu erwarten, wie beispielsweise schon in

einer Fragebogenerhebung in den USA (56) bestätigt wurde. In einer pädiatrischen Praxis ist jedoch gerade diese Kompetenz sehr wichtig, da nicht alle Kinder, welche von Missbrauch oder Vernachlässigung betroffen sind, auch im Krankenhaus vorstellig werden. Es muss noch geklärt werden, ob Kinderschutzgruppen ihre Konsiliartätigkeit auch für die Kolleginnen und Kolleginnen im extramuralen Bereich ausüben oder eigene Strukturen entwickelt werden sollen.

Die verpflichtende gesetzliche Verankerung der Einrichtung von Kinderschutzgruppen kann jedoch als großer Fortschritt gesehen werden. In den Nachbarländern Deutschland und der Schweiz ist die Einrichtung von Kinderschutzgruppen noch immer freiwillig. Die gesetzliche Regelung der Arbeit von Kinderschutzgruppen ist relativ offen formuliert und bietet den Gruppen somit großen Freiraum in der Interpretation ihres Tätigkeitsfeldes. Der Leitfaden der BMGFJ bietet eine Struktur, welche die Gruppen an ihre jeweiligen Möglichkeiten anpassen können. Derzeit wird an der AWMF Leitlinie „Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)“ (52) gearbeitet, welche neben der Erfassung und Diagnose erstmals auch Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und Pädagogik enthalten wird. Die Fertigstellung ist für Ende 2017 geplant und kann als ein wesentlicher Schritt in Richtung einer klaren Positionierung im medizinischen Kinderschutz gesehen werden.

Eine österreichweite Auswertung der Arbeit von Kinderschutzgruppen könnte über mögliche Verbesserungen Auskunft geben. Eine gewisse Standardisierung im Vorgehen könnte allgemein von Vorteil sein, sollte aber meiner Meinung nach Freiheiten in der Gestaltung der Zusammenarbeit und Vorgangsweise lassen. Jeder Fall ist individuell und oft nützt über Jahre gesammelte Erfahrung in der Arbeit mehr als starre Muster in der Vorgangsweise.

Der multiprofessionelle Ansatz hat sich – wie im vorherigen Teil beschrieben – in allen Ländern als vorteilhaft erwiesen und zu einer allgemein besseren Zusammenarbeit der Institutionen geführt. Die Ohnmacht der bzw. des Einzelnen wird ersetzt durch ein starkes Netz mit gegenseitiger Unterstützung. Kindesmisshandlung wurde über lange Zeit nur diskutiert, wenn es zu einem tragischen Vorfall kam, welcher durch die Medien ging. In Berichterstattungen lag der Fokus dabei oft auf der juristischen Perspektive und der Täterbestrafung. Ein Weiterdenken in Richtung Prävention und somit Schutz des Kindes,

bevor überhaupt ein solches Ereignis eintritt, wurde erst nach und nach getätigt. Durch das große Engagement einzelner Personen entstanden die ersten Kinderschutzzentren und -gruppen. Frühzeitig erkannte man in der Entwicklung, dass ein breit gefächelter Zugang große Chancen bieten kann. Die Zusammenführung von Experten und Expertinnen aus verschiedenen Disziplinen sorgt für eine insgesamt bessere Versorgung von Betroffenen.

4.1 Weiterentwicklung

In Zukunft soll erreicht werden, dass Kinderschutz nicht nur als Folge von schlimmen Ereignissen kurzzeitig in die öffentliche Diskussion einbezogen werden, sondern zu einer Selbstverständlichkeit werden kann. Die Orientierung am Kindeswohl ist für alle Maßnahmen erforderlich. Unbedingt vermieden werden soll dabei, den Eltern das Gefühl von Überwachung bzw. Kontrolle zu vermitteln. Das Angebot von Hilfe anstatt Strafe muss gefördert werden. Vor allem sollte erreicht werden, dass Kinder nicht mehr durch das Netz der gesellschaftlichen Unterstützung rutschen. Fälle, in welchen trotz Mobilisierung verschiedener Institutionen die Situation eskaliert oder welche sogar tragisch enden, müssen unbedingt verhindert werden.

4.1.1 Maßnahmen

An oberster Stelle steht somit wie überall in der Medizin die Primärprävention, also die Verhinderung eines Ereignisses, bevor es überhaupt eintritt. Natürlich müssen auch Interventionsstrategien vorhanden sein, um in den leider immer noch häufig auftretenden Fällen eingreifen zu können. Opfer von Misshandlungen müssen kompetente Hilfe erhalten und in Sicherheit gebracht werden. Auch die Zusammenarbeit mit präventiven Stellen wie den „Frühen Hilfen“ wurde in Österreich bis jetzt nicht wissenschaftlich beurteilt. Professionelle Hilfe soll bereits im kleinsten Kreis - der Familie - angeboten, Präventionsprogramme müssen für die Gemeinschaft und die Gesellschaft entwickelt werden. Vor allem soll das Tabu gebrochen werden, welches zum Teil noch immer mit dem Thema verbunden ist. Dabei könnte beispielsweise auch im Schulunterricht angesetzt werden und bereits mit Kindern sollte offen über diese schwierigen Themen diskutiert werden.

Das wichtigste Ziel weiterhin ist es, innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen, aber auch in der Gesellschaft ein Bewusstsein für die Themen Kindeswohl und Kinderschutz zu schaffen. Die Arbeit von Kinderschutzgruppen leistet in Österreich dabei schon jetzt einen großen Beitrag.

4.1.2 Forschungsansätze

In Österreich gibt es bis heute wenige wissenschaftliche Arbeiten zum Wirken von Kinderschutzgruppen. Es wird angenommen, dass deren Tätigkeit positive Auswirkungen hat und das Konzept ist theoretisch ein sehr gutes. Zur tatsächlichen Umsetzung des Leitfadens und der praktischen Arbeit der Kinderschutzgruppen gibt es in Österreich wie bereits zuvor besprochen wenige Daten. Nun, da deren Organisation seit einigen Jahren gesetzlich verpflichtend verankert ist, könnten Schritte in Richtung Informationssammlung gesetzt werden. Eine Auswertung der Arbeitsweisen der verschiedenen Kinderschutzgruppen und deren Folgen könnte für die weitere Verbesserung von großem Vorteil sein. Es ist sehr erfreulich, dass Österreich in den letzten 25 Jahren viele Maßnahmen zur Verbesserung des Erhalts von Kindeswohl gesetzt hat. Die breite wissenschaftliche Auseinandersetzung wäre nun die nächste Stufe hinsichtlich der weiteren Entwicklung des multidisziplinären Ansatzes im österreichischen Kinderschutz. Die Effektivität und auch die durch verstärkte Kinderschutzarbeit erreichte Kostenersparnis sind teilweise bereits in Studien im Ausland nachgewiesen worden, viele präventive Ansätze sind jedoch bis jetzt zwar theoretisch als sehr nützlich angesehen, die tatsächliche Auswirkung jedoch nie wissenschaftlich überprüft worden. Hier gibt es noch viel Potential für wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema.

Während die körperlichen Folgen vor allem medial große Aufmerksamkeit erhalten, werden die nicht sofort sichtbaren Konsequenzen weniger beachtet. Die Erfahrung von Gewalt jedweder Art hat akute physische und psychische Auswirkungen auf das betroffene Kind und kann Langzeitfolgen in Hinsicht auf die neurologische, kognitive und emotionale Entwicklung sowie die allgemeine Gesundheit des Kindes haben. Studien (6, 8, 9) zeigen, dass Personen, welche in ihrer Kindheit Opfer von Misshandlungen wurden, ein erhöhtes Risiko haben bestimmte Krankheiten zu entwickeln. Oft sind Täter in ihrer eigenen Kindheit Opfer von Gewalt unterschiedlicher Art gewesen. Es gibt gewisse soziale Risikofaktoren, welche die Gefahr von Misshandlung erwiesenermaßen erhöhen. Die Einschränkung bei der Erforschung von präventiven Maßnahmen ist, dass deren mögliche positive Auswirkungen oft erst viele Jahre später richtig erkennbar werden. Auch international sind Präventionsprogramme bisher nicht genügend evaluiert worden. (57) Für die Zukunft wäre eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Effektivität der bereits bestehenden Initiativen in Österreich wünschenswert, um Verbesserungsmöglichkeiten zu registrieren.

Auch ökonomisch gesehen sind Kinderschutzgruppen vor allem durch ihre Präventivarbeit vermutlich sehr vorteilhaft. Wie im Ergebnisteil beschrieben, sind die Folgekosten von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mittel- und langfristig enorm. Die Investition in den Kinderschutz kann daher auch der Gesellschaft und dem Staat einiges ersparen.

4.2 Ausblick

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dem medizinischen Kinderschutz mit der Aufnahme in das KAKuG 2004 (13) endgültig auch von politischer Seite ein hoher Stellenwert in der Gesellschaft eingeräumt wurde. Kinderschutzgruppen tragen zur Vernetzung mit dem Ziel der Wahrung des Kindeswohles bei. Zunehmende Strukturierung, das Erstellen von Leitfäden und die Intensivierung der Vernetzung zwischen den Berufsgruppen führten zu einer stetigen Weiterentwicklung. Damit einhergehend kam es auch zu einer gesteigerten öffentlichen Wahrnehmung. Krankenhäusern und dem dort arbeitendem Fachpersonal wird durch die Gesellschaft großes Vertrauen entgegengebracht. Mit der Einrichtung von Kinderschutzgruppen können Fälle rasch multidisziplinär bearbeitet werden. Dieser Ansatz wird in vielen Studien als sehr vielversprechend bestätigt und auch in Österreich funktioniert die Arbeitsweise gut.

4.2.1 Finanzielle Vergütung

Für die Zukunft wäre es wichtig, die Arbeit von Kinderschutzgruppen auch entsprechend finanziell zu würdigen und nicht, wie momentan üblich, ausschließlich als Ehrenamt ambitioniertem Fachpersonal zu überlassen. Momentan ist die Tätigkeit der Mitglieder freiwillig und erfolgt bevorzugt in der allgemeinen Dienstzeit. Im Gegensatz dazu verfügen in den USA die meisten Kinderschutzgruppen über eine eigene Finanzierung und manche sogar über eigene Planstellen. Selbst einschlägige Fortbildungen müssen in Österreich zu einem großen Teil selbst bezahlt werden. Es bleibt zu hoffen, dass die schon jahrelang bestehende Forderung nach finanzieller Vergütung erhört werden wird.

4.2.2 Rechtliches

Als zweite wichtige Veränderung in der zukünftigen Arbeit von Kinderschutzgruppen sehe ich wie bereits erwähnt eine Änderung der Datenschutzrichtlinien. Dafür müssten vor allem die rechtlichen Rahmenbedingungen geändert werden. Eine solche Maßnahme könnte es auch ermöglichen, die bereits angedachte österreichweite Vernetzung der Kinderschutzdaten (26) zu verwirklichen.

4.2.3 Expertise

Die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ist unbedingt weiter voranzutreiben. Außerdem könnten zumindest die Grundlagen des medizinischen Kinderschutzes bereits im Medizinstudium vermittelt werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist dieses Thema in der universitären Ausbildung noch sehr wenig vertreten.

4.2.4 Abschlussbetrachtung

Insgesamt besteht in der Kinderschutzgruppenarbeit und insbesondere deren objektiver und wissenschaftlicher Evaluierung noch Optimierungspotential. Trotzdem ist die Entwicklung in Österreich sehr positiv und kann im internationalen Vergleich auf jeden Fall mithalten.

5 Literaturverzeichnis

1. Kletečka-Pulker M, Inthorn J, Hauser C, Parrag S. Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Kinderschutzgruppen. Studie im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbunds. Endbericht. [Internet] Wien: 2012 [zitiert am 08.10.2015]. URL:
http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/EndberichtKSG1_M%C3%A4rz2012_II.pdf
2. Thun-Hohenstein L. The work of child protection groups in Austria. *Wien Med Wochenschr.* 2005;155(15-16):365-70.
3. Goessler A, Bonfert K, Fasching G. The impact of clinical child protection programs. *Pediatr Surg Int.* 2011;27(6):659-64.
4. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl.* 2003;27(12):1397-408.
5. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. [Internet] 2006 [zitiert am 07.12.2015]. URL:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
6. Dubowitz H, Bennet S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet.* 2007;369(9576):1891-9.
7. UNICEF. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card No.5. [Internet] Florence: 2003 [zitiert am 12.12.2015]. URL:
<http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>
8. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 373(9657):68-81.
9. Lynch MA. Symptomatik bei körperlicher und emotionaler Mißhandlung und Vernachlässigung. In: Olbing H, Bachmann KD, Gross R, Hrsg. *Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 1989. S.59-64.
10. Herrmann B, Banaschak S, Dettmeyer R, Thyen U. *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen.* 2., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2010.
11. Galm B, Hees K, Kindler H. *Kindesvernachlässigung: verstehen, erkennen, helfen.* München [u.a.] : Reinhardt; 2010.
12. Herrmann B, Eydam AK. Leitlinien und Evidenz. *Bundesgesundheitsbl.* 2010;53(11):1173-9.

13. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) [Internet]. BGBl. 1957/1 idgF [zitiert am 03.02.2015]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>
14. Kistin CJ, Tien I, Bauchner H, Parker V, Leventhal JM. Factors that influence the effectiveness of child protection teams. *Pediatrics*. 2010;126(1):94-100.
15. Bär C, Brandstetter D, Friedrich E, Koncz A, König K, Merl MJ, Novak W, Salomon A. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen. [Internet] Wien: 2011 [zitiert am 07.07.2015]. URL: <http://www.bmfj.gv.at/dam/jcr:14e91412-5af3-45a0-956c-d77441a52ac4/Leitfaden-Kinderschutzgruppen-2011.pdf>
16. Herrmann B, von Bismarck S, Franke I, Dettmeyer R, Blume F, Eydam A, Frese G, Flint R, Hellwig J, Kunert D, Miehle C, Neumann A. Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken. [Internet] Version 1.5. 2015 [abgerufen am 11.12.2015]. URL: <http://dakj.de/media/stellungnahmen/kinderschutz/empfehlungen-kinderschutz-kliniken-1.5-2015.pdf>
17. Inthorn J. Die Arbeit von Kinderschutzgruppen: Ergebnisse einer zweistufigen Untersuchung. In: Kletečka-Pulker M, Inthorn J, Hrsg. Kinderschutzgruppen in Österreich. Wien: Verl. Österreich; 2012. S. 41-76.
18. Kletečka-Pulker M. Vertrauensverhältnis versus Anzeigepflicht – rechtliche Aspekte der Kinderschutzarbeit im Gesundheitsbereich. In: Kletečka-Pulker M, Inthorn J, Hrsg. Kinderschutzgruppen in Österreich. Wien: Verl. Österreich; 2012. S. 99-133.
19. Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012 [Internet] LGBL Nr. 111/2012 [zitiert am 29.11.2015]. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBL_ST_20121206_112/LGBL_ST_20121206_112.pdf
20. UNICEF-Österreich. UN-Konvention über die Rechte des Kindes. [Internet] Wien: o.J. [zitiert am 12.12.2015]. URL: <https://www.unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf>
21. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. [Internet] BGBl. 1993/7 idgF [zitiert am 12.12.2015]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001223>
22. Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern. [Internet] BGBl. I 2011/4 idgF [zitiert am 07.12.2015]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007136>

23. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Hrsg. Familie - kein Platz für Gewalt! (?) 20 Jahre gesetzliches Gewaltverbot in Österreich. [Internet] Wien: 2009 [zitiert am 15.11.2015]. URL: http://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/bmwfj_gewaltbericht_2009_keinplatzfuergewalt.pdf
24. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte. [Internet] BGBl. I 1998/169 idgF [zitiert am 12.12.2015]. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
25. 110. Bundesgesetz: 2. Ärztegesetz-Novelle [Internet] BGBl. 2001/110 [zitiert am 07.12.2015]. URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2001_110_1/2001_110_1.pdf
26. Novak W. Kinderschutzgruppen: Rück- und Ausblick. In: Kletečka-Pulker M, Inthorn J, Hrsg. Kinderschutzgruppen in Österreich. Wien: Verl. Österreich, 2012. S.147-50.
27. Lips U. Prävention und Früherfassung von Kindsmisshandlung—ein Gebot der Stunde. Schweiz Arzteztg. 2008;92(11):400-4.
28. Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? Child Abuse Negl. 2009;33(2):76-83.
29. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet. 2009;373(9658):167-80.
30. Jacobi G. Die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen bei Kindesmishandlung und Neglect. In: Jacobi G, Hrsg. Kindesmishandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Bern: Huber; 2008. S. 276-96.
31. Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken, Gesellschaft für Pädiatrie, Hrsg. Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken. [Internet] 2001 [zitiert am 11.12.2015]. URL: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/mt-ge.pdf>
32. Bennett S, Plint A, Clifford T. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. Arch Dis Child. 2005;90(11):1112-6.
33. Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Missbrauchsoffer: Strenge Datenschutzbestimmungen behindern Kinderschutz. Kinderärzte und Kinderchirurgen fordern Änderung des Datenschutzgesetzes. [Internet] Presse-Information. 10. Juli 2012 [zitiert am 06.05.2015]. URL: http://www.docs4you.at/Content.Node/PresseCorner/2012/PA_Kinderschutz_Missbrauch_Kinderärzte_fordern_Aenderung.pdf

34. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. [Internet] In: World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: 2002. Chapter 3. p. 57-86. [zitiert am 12.12.2015] URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
35. Reading R, Bissell S, Goldhagen J, Harwin J, Masson J, Moynihan S, et al. Promotion of children's rights and prevention of child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9660):332-43.
36. Lips U. Kindesmisshandlung–Kinderschutz: nicht nur eine Aufgabe für Kinderärztinnen und Kinderärzte. *PrimaryCare*. 2014;14(7):113.
37. Jacobi G. Differenzialdiagnosen der physischen Kindesmisshandlung. In: Jacobi G, Hrsg. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Bern: Huber; 2008. S.255-6.
38. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken Baby Syndrome: A Common Variant of Non-Accidental Head Injury in Infants. *Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(13):211-7.
39. Jacobi G. Klinik der physischen Misshandlungen. In: Jacobi G, Hrsg. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Bern: Huber; 2008. S.155-254.
40. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. Physical examination in child sexual abuse: approaches and current evidence. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111(41):692–703.
41. Mützel E, Debertin AS, Banaschak S. Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, Hrsg. Klinisch-forensische Medizin. Wien: Springer; 2013. S.307-16
42. Thyen U. Neglect of neglect. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2008;156(7):654-61.
43. Martinius J. Persönlichkeitsentwicklung mißhandelter Kinder. In: Olbing H, Bachmann KD, Gross R, Hrsg. Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 1989. S.49-56.
44. Thun-Hohenstein L. Interdisciplinary child protection team work in a hospital setting. *Eur J Pediatr*. 2006;165(6):402-7.
45. Fasching G. Tasks and goals of a child protection group. *Pädiat Prax*. 2000;58(3):371-458.
46. Eberl R, Huber-Zeyringer A, Curcic N, Höllwarth ME. Die nicht akzidentelle Verletzung des Kindes und deren Erscheinungsformen. *Chirurg*. 2010;81(2):139-42.
47. Kletečka-Pulker M, Inthorn J, Hrsg. Kinderschutzgruppen in Österreich. Wien: Verl. Österreich; 2012.

48. Herrmann B, Simon-Stolz L, Wilsch M, Eydam A. Neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz. Zwischen Interdisziplinarität und Spezialisierung. Pädiat Prax. 2013;80:461-70. Geringfügig ergänzt durch Dr. med. Bernd Herrmann im November 2015.
49. Gilbert R, Fluke J, O'Donnell M, Gonzalez-Izquierdo A, Brownell M, Gulliver P, et al. Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries. Lancet.379(9817):758-72.
50. Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin e.V. Nationale Umfrage zur Existenz von Kinderschutzgruppen an deutschen Kinderkliniken für das Jahr 2014. [Internet] Vorläufige Auswertung der Umfrageergebnisse. Präsentation: 8 Folien. [zitiert am 12.12.2015] URL: <http://ag-kim.de/fileadmin/template/KSG-Auswertung.pdf>
51. Fegert JM, Richter R. Sexueller Missbrauch: Vertrauen in die Heilberufe. Dtsch Arztebl. 2015 Mär. PP3, 112-5.
52. Angemeldetes Leitlinienvorhaben. Registernummer 027 – 069. [Internet] AWMF online [zitiert am 30.11.15]. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/027-069.html>
53. Lips U. Kindsmisshandlung – Kinderschutz. Ein Leitfaden zu Früherfassung und Vorgehen in der ärztlichen Praxis. [Internet] Bern: 2011 [zitiert am 12.12.2015]. URL: http://www.djs.tg.ch/documents/leitfaden_fruherfassung_kindsmisshandlungen.pdf
54. Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kliniken. Nationale Kinderschutzstatistik 2014. [Internet] Baden; 2015. [zitiert am 12.12.2015] URL: http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2014_d.pdf
55. Flaherty EG, Stirling J, Jr. Clinical report-the pediatrician's role in child maltreatment prevention. Pediatrics. 2010;126(4):833-41.
56. Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? Child Abuse Negl. 2009;33(2):76-83.
57. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. Lancet. 2009;373(9659):250-66.