

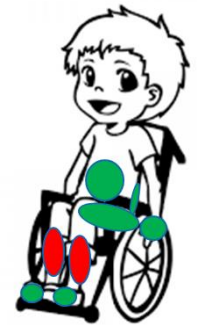
**Sana Kliniken Düsseldorf**  
**Sana Krankenhaus Gerresheim**  
Kinderneurologisches Zentrum  
Sozialpädiatrisches Zentrum und  
Fachklinik



11. Forum Sozialpädiatrie  
14.03.- 16.03.2024  
Franz-Sales-Haus  
Essen



# Kinderschutz bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



Dr. med. Hauke Duckwitz  
Leitender Arzt im Kollegialsystem

Essen, 14. März 2024

15.55 – 16.20 Uhr | **Kinderschutz bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen – Erfahrungen und Empfehlungen aus medizinischer Perspektive**

**Dr. med. Hauke Duckwitz**, Leitender Arzt Kollegialsystem des Kinderneurologischen Zentrums, Sana Krankenhaus Düsseldorf-Gerresheim



## ZKJ-Tag

Ihr Schlüssel zu Wissen, Beteiligung und einem starken Netzwerk im Kinderschutz und der Kinder- und Jugendhilfe

**Dienstag, 19. März 2024 | ZKJ-Forum**

**Inklusion in der Kinder- und Jugendhilfe**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) Wie kann die in § 8 Abs. 4 SGB VIII, § 10a SGB VIII, § 36 Abs. 1 SGB VIII und § 42 Abs. 2 und 3 SGB VIII enthaltene Vorgabe einer Aufklärung von Kind und Eltern in einer verständlichen, wahrnehmbaren und nachvollziehbaren Form gelingen. Was bedeutet das für den inklusiven Kinderschutz?

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
2. Epidemiologie
3. Spezifische Themenfelder
4. Gefährdungseinschätzung
5. Prävention
6. Kinderschutz im SPZ



# Der AK Prävention der DGKiM

## Der Arbeitskreis Prävention der DGKiM

- gegründet 2017
- **Bisherige Schwerpunkthemen des Arbeitskreises:**  
**Psychisch und suchtkranke Eltern**  
**Chronische Erkrankungen und Behinderungen**



## Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen

Version 1.0 - 12/2020



## Kinderschutz bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem

Version 1.0 – 05/2023



Leitfaden

[https://dgkim.de/?page\\_id=245](https://dgkim.de/?page_id=245)

## Kinderschutz bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitssystem

Version 1.0 – 05/2023



Leitfaden

## Inhalt

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>Kinderschutz bei Kindern mit chronischer Erkrankung und Behinderung</b>	<b>7</b>
<i>Mehr als ein medizinisches Problem</i>	7
<i>Besondere Herausforderungen für die Versorgung</i>	14
<i>Kontext Kindeswohlgefährdung</i>	27
<i>Empfehlungen für die Versorgung von Kindern mit chronischer Erkrankung/Behinderung</i>	41
<b>Geschwisterkinder von chronisch kranken und behinderten Kindern</b>	<b>44</b>
<i>Einführung und Datenlage</i>	44
<i>Empfehlungen im Umgang mit Geschwisterkindern chronisch kranker und behinderter Kinder</i>	52
<b>Prävention</b>	<b>53</b>
<i>Theoretische Konzepte</i>	53
<i>Praktische Beispiele</i>	64
<i>Empfehlungen für präventiven Kinderschutz</i>	74
<b>Anhang</b>	<b>76</b>
<i>Allgemeiner Hinweis</i>	76
<i>Angebote zur Unterstützung und Beratung</i>	76
<i>Informationen für Kinder, Familien und Fachkräfte</i>	83
<i>Hinweise zu einzelnen Gesetzen</i>	85
<i>Ergänzende Texte zum Leitfaden</i>	90
<b>Literatur</b>	<b>96</b>

[https://dgkim.de/?page\\_id=245](https://dgkim.de/?page_id=245)

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
- 2. Epidemiologie**
3. Spezifische Themenfelder
4. Gefährdungseinschätzung
5. Prävention
6. Kinderschutz im SPZ



# PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy  
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

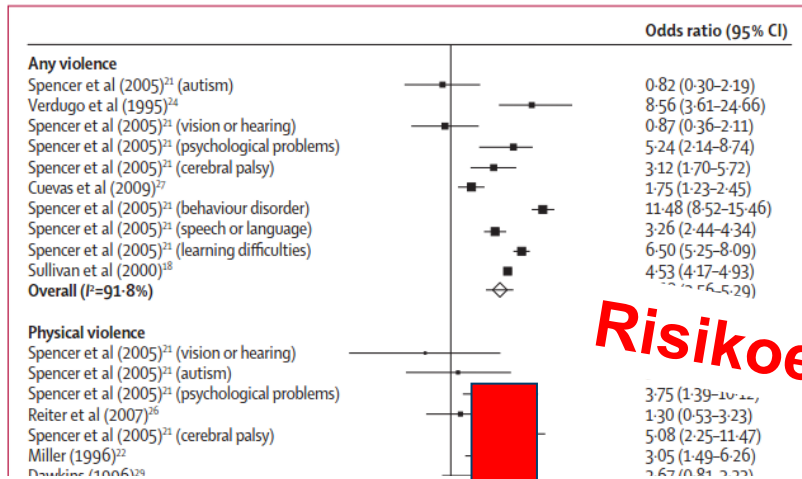
## Maltreatment of Children With Disabilities

Lori A. Legano, MD, FAAP,<sup>a</sup> Larry W. Desch, MD, FAAP,<sup>b</sup> Stephen A. Messner, MD, FAAP,<sup>c</sup> Sheila Idzerda, MD, FAAP,<sup>d</sup>  
Emalee G. Flaherty, MD, FAAP,<sup>e</sup> COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES

PEDIATRICS Volume 147, number 5, May 2021:e2021050920

<https://doi.org/10.1542/peds.2021-050920>

# WHO 2012 (Jones et al.)



## THE LANCET

### Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies



Lisa Jones, Mark A Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Tom Shakespeare, Alana Officer

**Risikoerhöhung um den Faktor 3!**

	Any disability			Mental or intellectual disability		
	Studies	Odds ratio (95% CI)	Heterogeneity	Studies	Odds ratio (95% CI)	Heterogeneity
Any maltreatment	4	3.68 (2.56-5.29)	91.8% (87.7-94.1)	3	4.28 (2.12-8.62)	94.0% (90.2-95.9)
Physical violence	6	3.56 (2.80-4.52)	50.6% (0-73.0)	4	3.08 (2.08-4.57)	50.8% (0-77.2)
Sexual violence	9	2.88 (2.24-3.69)	86.9% (78.8-90.9)	4	4.62 (2.08-10.23)	84.7% (64.4-91.2)
Emotional abuse	4	4.36 (2.42-7.87)	94.4% (91.4-96.0)	3	4.31 (1.37-13.56)	96.2% (94.2-97.3)
Neglect	3	4.56 (3.23-6.43)	73.8% (27.7-86.0)	2	..	..

We used the I<sup>2</sup> statistic (95% CI) to estimate heterogeneity between pooled studies. ..=insufficient sample.

**Table 3: Random-effects pooled odds ratios for risk of violence**



# Epidemiologie im Kontext chronisch neurologischer Erkrankungen

## FULL-LENGTH ORIGINAL RESEARCH



**Discrimination, domestic violence, abuse, and other adverse life events in people with epilepsy: Population-based study to assess the burden of these events and their contribution to psychopathology**

\*†Victoria Nimmo-Smith, ‡Traolach S. Brughá, §Michael P. Kerr, ¶Sally McManus, and ††Dheeraj Rai

*Epilepsia*, 57(11):1870–1878, 2016  
doi: 10.1111/epi.13561

**Table 2. Logistic regression analysis of associations of discrimination, abuse, and other stressful life events in people with asthma, diabetes, and migraine or chronic headaches as compared to the general population of England (without asthma, diabetes, or migraines, respectively)**

	Asthma (n = 854)		Diabetes (n = 388)		Migraine (n = 911)	
	Prevalence (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Prevalence (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Prevalence (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Discrimination	3.6 (2.4–5.5)	2.0 (1.2–3.4)*	3.6 (2.1–6.1)	2.1 (1.1–3.7)*	2.4 (1.6–3.7)	1.1 (0.7–1.9)
Domestic violence	29.4 (26.2–32.9)	1.2 (1.0–1.5)*	19.5 (15.5–24.3)	1.0 (0.7–1.3)	34.1 (30.7–37.6)	1.5 (1.3–1.8)***
Sexual abuse	28.6 (25.5–32.3)	1.5 (1.3–1.8)***	14.8 (11.4–18.9)	0.8 (0.6–1.2)	30.5 (27.3–33.8)	1.5 (1.3–1.8)***
Physical abuse	5.9 (4.4–7.9)	1.2 (0.9–1.7)	5.8 (3.8–8.6)	1.0 (0.6–1.6)	7.2 (5.7–9.2)	1.8 (1.3–2.5)***
Life events (4 or more)	39.1 (35.7–42.6)	1.3 (1.1–1.5)**	38.8 (33.4–44.6)	1.0 (0.8–1.3)	43.6 (39.8–47.3)	1.7 (1.4–2.0)***

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence intervals.  
Adjusted OR, model adjusted for age, sex, marital status, highest educational qualification, employment status, tenure of accommodation, ethnicity, quintiles of index of multiple deprivation, and number of comorbid physical illnesses. Ns refer to actual numbers, percentages are weighted to account for the complex study design and nonresponse to ensure the estimates are representative of the population of England.  
\*p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001.

**Table 1. Weighted prevalence of discrimination, abuse, and other stressful life events in people with epilepsy, and results of logistic regression analysis comparing prevalence in people with epilepsy with the general population of England without epilepsy**

	Prevalence in people with epilepsy (n = 88) % (95% CI)	Prevalence in general population without epilepsy (n = 6,819) % (95% CI)	Crude OR (CI)	Adjusted OR (CI)
Discrimination due to physical health problem	11.0 (5.4–21.2)	1.6 (1.3–1.9)	7.7 (3.4–17.2)***	7.1 (3.1–16.3)***
Domestic violence	37.0 (26.6–48.8)	23.9 (22.7–25.1)	1.9 (1.1–3.1)*	1.6 (1.0–2.7)
Sexual abuse	34.0 (24.1–45.4)	20.8 (19.7–21.8)	2.0 (1.2–3.2)**	2.0 (1.3–3.3)**
Physical abuse	9.2 (4.6–17.7)	4.6 (4.0–5.2)	2.1 (1.0–4.5)	1.9 (0.9–4.2)
Life events (4 or more)	42.6 (31.6–54.4)	34.6 (33.2–36.0)	1.4 (0.9–2.3)	1.4 (0.9–2.3)

OR, odds ratio; 95% CI, 95% confidence intervals.  
Adjusted OR, model adjusted for age, sex, marital status, highest educational qualification, employment status, tenure of accommodation, ethnicity, quintiles of index of multiple deprivation, and number of comorbid physical illnesses. Ns refer to actual numbers; all percentages are weighted to account for the complex study design and nonresponse to ensure the estimates are representative of the population of England.  
\*p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001.

# Migräne:

# Risiko x1,5

# Epilepsie:

# Risiko x2

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
2. Epidemiologie
- 3. Spezifische Themenfelder**
4. Gefährdungseinschätzung
5. Prävention
6. Kinderschutz im SPZ



# Spezifische Problemfelder

- Chron. Erkrankung / Behinderung in Folge von körperlicher, sexueller, und/oder psychischer Gewalt
- Unzureichende Förderung/Therapie
- Medical Neglect
- Medical Child Abuse (Münchhausen by proxy)
  
- Spezialisiertes und diversifiziertes medizinisches und therapeutisches Versorgungssystem
  
- Schutzkonzepte in Kliniken und Wohn- und Pflegeeinrichtungen
- Situation der Geschwisterkinder
  
- Geringes Wissen und strukturelle Mängel in der Kinder- und Jugendhilfe und der Justiz  
→ Kooperation / gemeinsame Sprache

# Medizinische Vernachlässigung (Medical Neglect) (Jenny et al., 2020)

Missachtung offensichtlicher Zeichen schwerer Erkrankung oder die fehlende Umsetzung ärztlicher Empfehlungen nach der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung für das Kind (AAP).

## Diagnosekriterien:

- 1. ein Kind wird geschädigt oder droht geschädigt zu werden aufgrund fehlender Gesundheitsfürsorge**
- 2. die empfohlene Gesundheitsfürsorge bietet signifikante Vorteile für das Kind**
- 3. der erwartete Nutzen der Behandlung ist signifikant grösser als die Krankheitsschwere**
4. es kann nachgewiesen werden, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe existiert, diese aber nicht genutzt wird
5. die gesundheitsfürsorgende Person versteht die ihr gegebenen medizinischen Behandlungsvorschläge

# Spezifisches medizinisches Wissen



[www.healthscientechnology.wikispaces.com](http://www.healthscientechnology.wikispaces.com)

## Lesch-Nyhan Syndrom



[www.spiritofautism.org](http://www.spiritofautism.org)

## Selbstverletzung bei Autismusspektrumstörung



[www.epainassist.com](http://www.epainassist.com)

## Verletzungen durch Anfälle



[www.medicina.ufm.edu](http://www.medicina.ufm.edu)

## Bloch-Sulzberger Syndrom



# Spezifisches medizinisches Kinderschutzwissen

## PEDIATRICS<sup>®</sup>

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

**Bruising Frequency and Patterns in Children With Physical Disabilities**  
 Amy P. Goldberg, Jane Tobin, Janet Daigneau, Robert T. Griffith, Steven E. Reinert  
 and Carole Jenny  
*Pediatrics* 2009;124:604; originally published online July 20, 2009;  
 DOI: 10.1542/peds.2008-2900

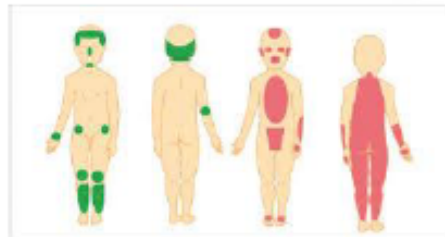


Abbildung 1: Typische Verletzungsstellen bei Kindern (vorne und hinten) (Goldberg et al., 2009)



50 Kinder in Förderschule  
 4-20 Jahre  
 2 Untersuchungen in 15 Monaten

TABLE 3 Percentage of Children With Injuries (Bruises) According to Site for Typically Developing Children (Labbé and Caouette) and Children With Disability (Goldberg et al)

Site	Children With Injuries, % (95% CI)		
	Labbé and Caouette (N = 1467) <sup>a</sup>	Goldberg et al (N = 50) <sup>b</sup>	P
Lower legs	50.1 (47.5–52.7) <sup>c</sup>	12.0 (4.5–24.3) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Knees	32.9 (30.5–35.4)	34.0 (21.2–48.8)	.87
Forearms	13.8 (12.0–15.7)	10.0 (3.5–21.8)	.44
Thighs	12.2 (10.6–14.0) <sup>c</sup>	32.0 (19.5–46.7) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Elbows	5.2 (4.1–6.4)	10.0 (0.3–1.8)	.14
Head (other than forehead, chin, cheeks, or ears)	4.6 (3.6–5.8)	2.0 (0.1–10.6)	.58
Feet	4.3 (3.3–5.5) <sup>c</sup>	30.0 (17.9–44.8) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Forehead	3.8 (2.9–4.9)	2.0 (0.1–10.6)	.51
Hands	3.5 (2.8–4.5) <sup>c</sup>	14.0 (5.8–26.7) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Arms	3.0 (2.2–4.0) <sup>c</sup>	24.0 (13.1–38.2) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Cheeks	3.0 (2.2–4.0)	2.0 (0.1–10.6)	.68
Back (lumbar region and posterior thorax)	4.3 (3.3–5.5) <sup>c</sup>	18.0 (8.6–31.4) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Abdomen and pelvis	1.7 (1.1–2.5) <sup>c</sup>	10.0 (3.3–21.8) <sup>c</sup>	<.001 <sup>c</sup>
Buttocks	1.6 (1.0–2.3)	4.0 (0.4–13.7)	.19
Anterior chest	1.0 (0.6–1.7)	6.0 (1.5–16.5)	.34
Chin	0.7 (0.3–1.2)	2.0 (0.1–10.6)	.29
Ears	0.3 (0.1–0.7)	0.0 (0–0)	.70
Neck	0.2 (0–0.6)	0.0 (0–0)	.75
Anal-genital region	Not evaluated	0.0 (0–0)	—

CI indicates confidence interval.

<sup>a</sup> Data refer to all skin injuries and are based on 1467 examinations; some children were assessed more than once.

<sup>b</sup> Data are based on bruises only. Children were determined to be positive for a bruise at a specific location if a bruise was detected on either exam.

<sup>c</sup> Statistically significant results ( $P < .01$ ).

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
2. Epidemiologie
3. Spezifische Themenfelder
- 4. Gefährdungseinschätzung**
5. Prävention
6. Kinderschutz im SPZ



# Gefährdungseinschätzung

## 6. Einschätzung der Gefährdung mit Kurz- und Langzeitprognose mit/ohne Therapieplan

„Natürlicher“ Krankheitsverlauf bei laufendem Therapieplan bzw. bestehender Versorgung

### Keine Gefährdung in Bezug auf den Krankheitsverlauf

- ⇒ Ggf. Änderung/Anpassung des Therapieplans an aktuellen Krankheitsverlauf, Prognose, Therapiemöglichkeiten, Wünsche/Vorstellungen Eltern/Kind
- ⇒ Ggf. Neuabstimmung Helfersystem mit Eltern/Kind

Mangelhaftes Therapieplan

### Mögliche Gefährdung

- ⇒ Aufstellen eines Therapieplans unter Einbezug Eltern/Kind
- ⇒ Anbindung an das Gesundheitswesen ist obligat
- ⇒ ggf. Einbindung weiterer Helfersysteme (z.B. Jugendamt, Pflegedienst, Psychotherapie)
- ⇒ Ggf. Initiierung einer ambulanten Psychotherapie

Mangelhafte (bewusste/unbewusste) Umsetzung des Therapieplans

### Wahrscheinliche Gefährdung des Kindes

- ⇒ Aufstellen eines Therapieplans unter Einbezug Eltern/Kind
- ⇒ Anbindung an das Gesundheitswesen und weiterer Helfersysteme ist obligat
- ⇒ Einbindung Jugendamt ist obligat
  - Medizinische Prognose darstellen
  - Schwere des zu erwartenden Schadens darstellen und Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts benennen
  - Einschätzung von Kompetenz und Ursachen von Non-/Maladhärenz der Eltern und des Kindes/Jugendlichen





# Gefährdungseinschätzung (Beispiel: Diab. mellitus)

## Kindeswohlgefährdung (KWG) bei Diabetes mellitus Typ 1 Konsenspapier der Fachgesellschaft für Diabetologie PAAG ev.

Ausgangssituation	
Kriterien einer KWG (jeweils 1 ausreichend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HbA1c-Werte („Langzeitblutzucker“) 1 von &gt; 10% über einen Zeitraum von länger als 6 bis 12 Monaten</li> <li>• häufige oder schwere Ketoazidosen (potenziell lebensgefährliche Stoffwechsellentgleisungen durch Überzuckerung)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mehr als eine Ketoazidose pro Jahr mit pH &lt; 7,2</li> <li>○ jede lebensbedrohliche Ketoazidose, z.B. mit pH &lt; 7,0</li> </ul> </li> <li>• mehr als zwei unerklärliche Hypoglykämie (Stoffwechsellentgleisung durch zu wenig Zucker) mit Bewusstseinsverlust pro Jahr</li> </ul>
Zusatzkriterien Voraussetzung für Meldung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitliniengerechte Behandlung angeboten und erfolgt</li> <li>• Ausreichend durchgeführte altersgerechte Schulungsmaßnahmen (z.B. ambulant, stationär, Reha-Maßnahme erfolgt und dokumentiert</li> <li>• Mehrfache Krisengespräche mit dem/der Kinder- und Jugenddiabetologen/in und Psychologen/in/Kinder-/Jugendpsychiater/in erfolgt und dokumentiert</li> </ul>
Weitere Indizien/ Warnzeichen (allein nicht ausreichend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es bestehen zusätzliche psychiatrische Erkrankungen, die die Diabetesversorgung gefährden. Es ist dann zwingend vor weiteren Maßnahmen eine psychiatrische Abklärung zu veranlassen und gegebenenfalls eine entsprechende Behandlung sicherzustellen.</li> <li>• Kind jünger als 12 Jahren kommt unbegleitet in die Diabetesambulanz. • Termine in der Diabetesambulanz werden wiederholt nicht wahrgenommen.</li> <li>• Es gibt Hinweise auf Drogen, Alkohol, Gewalt, Missbrauch oder psychiatrische Erkrankungen der Eltern.</li> </ul>

nach: [Stellungnahmen - PPAG \(ppag-kinderdiabetes.de\)](http://ppag-kinderdiabetes.de)

# Gefährdungseinschätzung (Vorschlag)

1. Fachliche Beurteilung der medizinischen Versorgungssituation und der Prognose (Medizin)
2. Beschreibung medizinische Notwendigkeiten (Medizin)
3. Beurteilung psychosozialer Risiko- und Schutzfaktoren (Jugendhilfe)
4. **GEMEINSAME** Gefährdungseinschätzung durch Medizin und Jugendhilfe!
5. **GEMEINSAME** Erarbeitung eines Handlungsplans!
6. Klärung der weiteren Zuständigkeiten (Wer hat für welches Thema den Hut auf?)



# Gefährdungseinschätzung (Beispiel: Hamburg)



**Kinderschutz**  
bei chronischer Erkrankung

Standards

Ursachen

Fallbeispiele

Leistungen

Erkrankungen

Hilfe

Startseite

Über den Leitfaden

Standards

Gefährdungseinschätzung

Leitfragen bei Verdacht

Flowcharts Ablauf

Ursachen

Adhärenz

Herausforderungen

## Kinderschutz bei chronischer Erkrankung

Ein Leitfaden für die interdisziplinäre Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen durch Medizin und Kinder- und Jugendhilfe

Chronische Krankheit und Kindeswohlgefährdung gehen manchmal gemeinsam einher. Das bedeutet nicht, dass chronisch kranke Kinder per se im Fokus des medizinischen Kinderschutzes stehen. Es kann jedoch vorkommen, dass die familiären Ressourcen nicht ausreichen, um die Herausforderungen des Alltags und der Erkrankung zu meistern. Wenn in Summe eine Kindeswohlgefährdung entsteht, ergeben sich besondere Anforderungen an die Kooperation im Netzwerk Familie, Medizin und Jugendhilfe.

[Seitenanfang](#) [Downloads](#) [Fallbeispiele](#) [Feedback](#)

<https://chronisch-krank-kinder.de/>

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
2. Epidemiologie
3. Spezifische Themenfelder
4. Gefährdungseinschätzung
- 5. Prävention**
6. Kinderschutz im SPZ



# Präventionsansätze bei Kindern mit Behinderungen

## Empfehlungen Children´s Bureau des US-Gesundheitsministeriums 2019

- Kinder und Jugendliche im Hilfesystem systematisch auf das Vorliegen von Behinderungen untersuchen
- bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung bei Kindern mit Behinderungen Fachleute für die Beurteilung von und Kommunikation mit Kindern mit Behinderungen hinzuzuziehen.

# Präventiver Kinderschutz bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



## **Strukturelle Voraussetzungen für eine gelingende Prävention**

- **Kommunales Netzwerk** zur Unterstützung der Kinder und ihrer Familien (Kooperation und Vernetzung)
- Bildung **multidisziplinärer Teams** unter Einbeziehung von Spezialisten für Kinder mit Behinderungen (Fallkonferenzen)
- **Kurze Wartezeiten** (auch in spezialisierten Zentren)
- **Niedrigschwellige Zugangswege**, z.B. schulbasierte Mutter-Kind-Zentren zur Unterstützung und Schulung von Familien

# Präventiver Kinderschutz bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



## Handlungsempfehlungen für Fachkräfte

- Fragen nach Gewalt im häuslichen sowie im übrigen sozialen Umfeld auch bei Routine-Vorstellungen in Klinik und Praxis stellen
- Förderung des Wissens der Eltern über die Behinderung und den Umgang damit (u.a. Selbsthilfegruppen)
- Gemeinsame Erarbeitung von Therapiezielen mit Kind und Eltern (Fokus: Verbesserung der Teilhabe)
- Gemeinsame Erarbeitung eines (umsetzbaren) Förder- und Behandlungsplans mit Kind und Eltern
- Psychoedukation/Schulung von Eltern durchführen oder vermitteln (u.a. Elternkurse)

„Fühlen Sie sich sicher, auch zu Hause?“

# Präventiver Kinderschutz bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



## Handlungsempfehlungen für Fachkräfte

- Förderung der Selbstfürsorge und Entlastung der Eltern (z.B. über Kurzzeitpflege, Familienentlastende Dienste o.ä. informieren)
- Frühzeitige Einbeziehung des Sozialdienstes/Vermittlung an Angebote der Jugendhilfe
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten des Kindes (z.B. Talker verordnen)
- Psychoedukation/Schulung des Kindes durchführen oder vermitteln
- Reduktion sozialer Isolation (u.a. über inklusive/spezifische Freizeitangebote informieren)



# Präventiver Kinderschutz bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



## *Präventive Maßnahmen auf kommunaler/politischer Ebene*

- (politischer) Einsatz für unterstützende Programme und die Bereitstellung einer ausreichenden Infrastruktur zur Reduktion von Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung auf kommunaler Ebene
- Etablierung einer wertschätzenden Haltung gegenüber Kindern mit Behinderungen
- Förderung der Inklusion in Kita, Schule und Freizeit
- Ausbildung der Mitarbeitende der Kinder- und Jugendhilfe bezüglich Behinderungen, Unterstützungsmöglichkeiten und Kommunikation über Behinderung

# Agenda

1. Der AK Prävention der DGKiM
2. Epidemiologie
3. Spezifische Themenfelder
4. Gefährdungseinschätzung
5. Prävention
- 6. Kinderschutz im SPZ**



# Kinderschutz im SPZ – warum ein Thema?

- Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (Risikogruppe!)
- Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten  
häufiges Symptom von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
- Viele Familien mit unterschiedlichen Belastungsfaktoren

## Das SPZ – ein guter Ort für den medizinischen Kinderschutz

- Hohe Expertise in der Beurteilung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung
- Gute Kenntnis störungsspezifischer Verhaltensweisen und Entwicklungsverläufe
- In der Regel höheres Zeitbudget als in Klinik und v.a Praxis
- Viel Erfahrung / Kompetenz in der Elternarbeit
- Dauerhafte Betreuung von Kindern und Jugendlichen möglich
- Präventive Arbeit ist unser Alltag
- Wir sind **DIE** Spezialisten für Interdisziplinarität!

# Was brauchen wir?

- Kinderschutzspezifische Kenntnisse (z.B. Zertifikat der DGKiM)
  - Regelmäßige Fortbildungen zu Kinderschutzthemen für das Gesamt-Team
  - Raum und Zeit (außerhalb der üblichen SPZ-Besprechungen)
  - Spezialisierte Strukturen (z.B. eine Kinderschutzgruppe)
  - Kinderschutzspezifische Netzwerkarbeit vor Ort
- 
- Vernetzung in der SPZ-Szene
  - Standardisierung / Qualitätskriterien
  - SPZ-spezifische Leitfäden / Arbeitshilfen
  - krankheits- / behinderungsspezifische Gefährdungskriterien
  - Daten und Forschungsaktivitäten

# Zusammenfassung

- Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen stellen eine besondere Risikogruppe im Kinderschutz dar.
- Die Gefährdungsbeurteilung und Planung weiterer Schritte im Hilfeprozess bedarf besonderer Expertise bzgl. chronischer Erkrankungen und Behinderungen.
- Eine Gefährdungsbeurteilung durch die Jugendhilfe kann nur interdisziplinär unter Einbeziehung von Gesundheitswesen und Behindertenhilfe erfolgen.
- Präventionskonzepte müssen die besonderen Bedarfe von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen berücksichtigen.
- **Das SPZ ist der Ort für inklusiven Kinderschutz!**

# Kinderschutz bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen



Ideen und Anregungen zum Thema  
gerne an:

[geschaeftsstelle@dgkim.de](mailto:geschaeftsstelle@dgkim.de)

oder

[hauke.duckwitz@sana.de](mailto:hauke.duckwitz@sana.de)

Dr. med. Hauke Duckwitz  
hauke.duckwitz@sana.de

Sana Kliniken Düsseldorf  
Sana Krankenhaus Gerresheim  
Kinderneurologisches Zentrum  
Sozialpädiatrisches Zentrum und  
Fachklinik

## Aktuelle Autor:innengruppe des AK Prävention:

**Simone Born (Karlsruhe)**  
**Stephanie Boßerhoff (Wesel)**  
**Hauke Duckwitz (Düsseldorf)**  
**Jo Ewert (Hamburg)**  
**Michael Fleischer (Detmold)**  
**Constanze Froehlich (Berlin)**  
**Heide Kluck (Minden)**  
**Wilfried Kratzsch (Düsseldorf)**  
**Katharina Sanne (Potsdam)**  
**Frauke Schwier (Koblenz)**  
**Lotti Simon-Stolz (Neunkirchen)**  
**Jenny Seidler (Düsseldorf)**  
**Grazyna Teichert (Troisdorf)**  
**Stilla Waltl-Seidl (Landshut)**