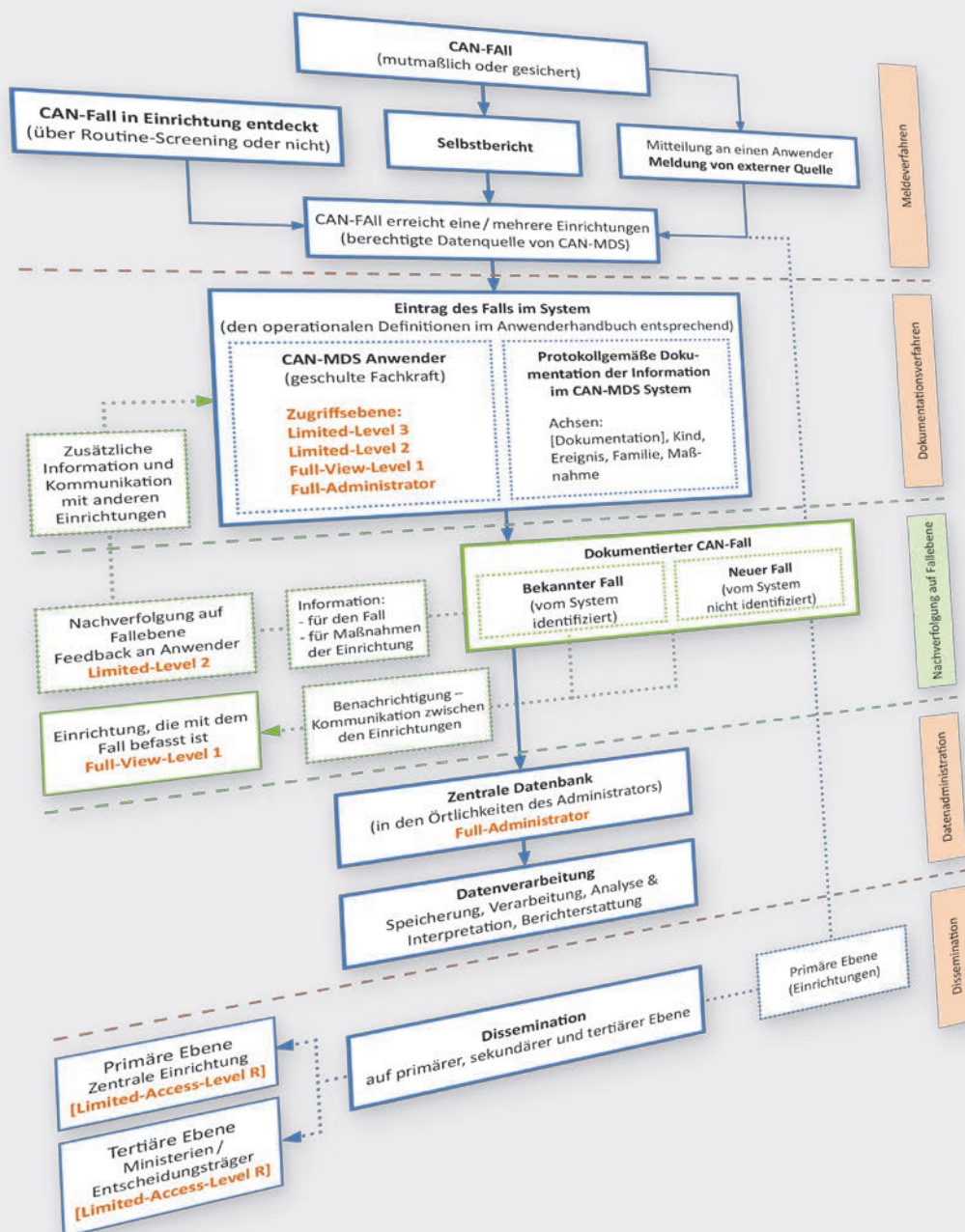
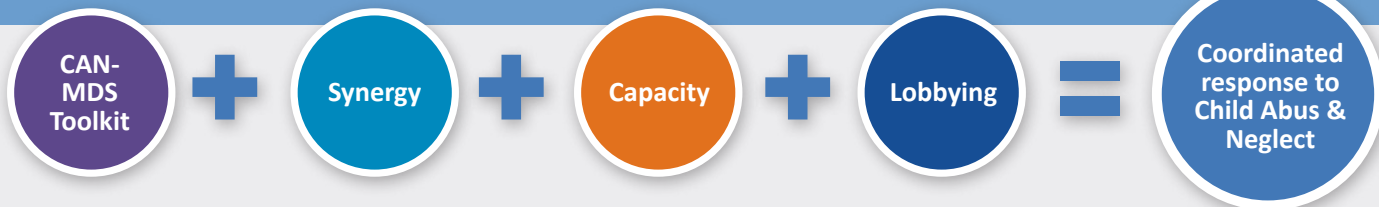




COORDINATED RESPONSE to CHILD ABUSE & NEGLECT via MINIMUM DATA SET



COORDINATED RESPONSE TO CHILD ABUSE & NEGLECT (CAN) via MINIMUM DATA SET (MDS)

Das Projekt auf einen Blick

1. FRAGESTELLUNG: NOTWENDIGKEITEN, ZIELE & MITTEL

- Bedeutung von CAN für das Gesundheitswesen
- Bedeutung einer Datenerhebung über das Ausmaß von CAN für das Gesundheitswesen
- Notwendigkeit des CAN-Monitorings
- Ziel, Mittel und Struktur des Projekts CAN-MDS

2. ZWECK UND ZIELSETZUNGEN

- Monitoring im Gesundheitswesen
- Monitoring durch CAN-MDS
- Anwendungsmöglichkeiten der mit CAN-MDS erfassten Daten
- Mögliche Zielsetzungen

3. FALLDEFINITIONEN

- Die Notwendigkeit einheitlicher Definitionen
- Konzeptionelle Definitionen von Kindesmisshandlung
- Operationalisierung von CAN-MDS-Falldefinitionen
- Bottom-up-Prozess

4. DATENQUELLEN

- Identifikation möglicher Datenquellen für ein CAN-MDS-Monitoringsystem
- Hauptdatenquellen & berechnigte Fachkräfte (Konsens zwischen mind. 5 von insgesamt 8 Ländern)
- Erweiterte Datenquellen & berechnigte Fachkräfte (Konsens zwischen mind. 3 von insgesamt 8 Ländern)

5. EIGENSCHAFTEN DES SYSTEMS

- Operationale Merkmale eines möglichen nationalen CAN-MDS-Monitoringsystems
- Komponenten eines CAN-MDS-Monitoringsystems und Merkmale, um mit wesentlichen Problemen eines Monitoringsystems im Gesundheitssystem umzugehen

6. DOKUMENTATIONSMITTEL & -VERFAHREN

- Datengerüst – Auswahl der zu erfassenden Indikatoren
- Aufbau des CAN-MDS-Toolkit
- Variablen eines möglichen CAN-Monitoringsystems
- Informationen zu den Variablen im Handbuch für CAN-MDS-Anwender

7. FLOWCHART EINES CAN-MDS-MONITORINGSSYSTEMS

WEITERE INFORMATIONEN

- Zum Projekt
- Konsortium
- Quellen



EINLADUNG: ARBEITEN SIE MIT

Wir möchten ganz herzlich alle einladen, die jetzt oder in der Vergangenheit mit Minimaldatensätzen – insbesondere im Bereich Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung – arbeiten oder gearbeitet haben, unser Projekt zu unterstützen oder Vorschläge und Ideen einzubringen. Ebenso freuen wir uns über Rückmeldung zum ersten Entwurf des CAN-MDS.

Falls Sie Interesse an einer Mitarbeit haben, lassen Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten zukommen, damit wir Sie bei Beginn weiterer Schritte berücksichtigen können.

Kontakt:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
Krankenhausweg 3
89075 Ulm, Deutschland

E-Mail: info@can-via-mds.eu
Internet: www.can-via-mds.eu
www.uniklinik-ulm.de

Coordinated

Förderung einer einheitlichen Datenerfassung von allen in die Administration von CAN-Fällen eingebundenen Sektoren

- Verwendung eines allgemeinen, benutzerfreundlichen Dokumentationsinstruments

Schaffung eines Kommunikationsweges über alle involvierten Sektoren hinweg

- Einbindung aller Fachkräfte, die in den involvierten Sektoren arbeiten
 - Befolgen von vorab festgelegten Kriterien
 - Ausstattung der Fachkräfte mit unterschiedlichen Zugriffsrechten
 - Schaffung von Kapazitäten mittels
 - Training
 - Material (Handbuch für Anwender und Protokoll)

Response

auf Populationsebene (Monitoring im Gesundheitswesen)

- Ermöglichen von Vergleichen innerhalb und zwischen Ländern
- Fokus auf Entscheidungsträger
 - Bereitstellung von notwendigen Informationen (z. B. Trends von CAN, Hinweise, Risikofaktoren) für
 - Evaluation vorhandener Methoden und Bestimmungen
 - Anstoß von Prävention & Maßnahmenplanung

auf Fallebene (Nachverfolgung von Einzelfällen)

- Falluntersuchung und weitere Administration
- nach spezifischen Kriterien bezüglich Zugriffsrechten von Anwendern

to Child Abuse & Neglect (CAN)

Verwendung umfassender, operationaler Definitionen von CAN

- detaillierte Beschreibung von Falldefinitionen
- Gewährleisten eines gemeinsamen Verständnisses zwischen den beteiligten (uneinheitlichen) Parteien

Fokus auf die Erfassung aller Fälle im Hilfesystem

- ungeachtet des Grades der Sicherheit des Verdachts

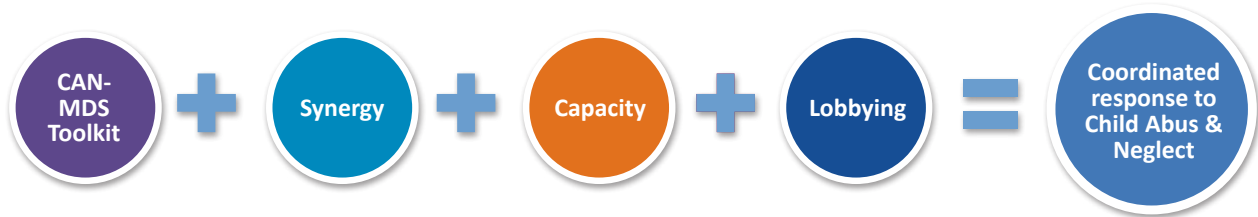
via Minimum Data Set (MDS)

Verwendung eines Standardsatzes von Variablen (unter Zustimmung aller Mitglieder der Interessensgemeinschaft)

- Erfüllen von vorab festgelegten Kriterien bezogen auf Ethik, Qualität, Vollständigkeit, Zugänglichkeit und Realisierbarkeit
- Erstellung von umfassenden, vergleichbaren und zuverlässigen Daten
 - Ziel ist ein standardisierter Rahmen von messbaren Indikatoren, die aussagekräftig, nützlich und praktisch sind
 - Bereitstellung wichtiger Informationen für die Untersuchung und Nachverfolgung auf Einzelfallebene



1. FRAGESTELLUNG: NOTWENDIGKEIT, ZIELE & MITTEL



Bedeutung von CAN für das Gesundheitswesen

Im Jahr 1999 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Misshandlung von Kindern als ein bedeutendes Problem im Gesundheitswesen erkannt (WHO 1999). 2010 identifizierten die US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Misshandlung als ein „kritisches“ und „signifikantes“ Problem im Gesundheitswesen, das eine umfassende Präventionsstrategie erfordert (CDC 2010). Es wurde erkannt, dass Kindesmisshandlung ein soziales Problem ist, mit der Notwendigkeit einen Rahmen im Gesundheitswesen zu schaffen, der die Untersuchung des Problems und daraus abgeleitete Präventionsstrategien fördert (O`Donnell et al. 2008), während 2010 bereits festgestellt wurde, dass die Präventionsanstrengungen auf dem Gebiet Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung bereits bedeutsam in den Bereich des Gesundheitswesens eingegangen sind (Zimmerman und Mercy 2010).

Bedeutung einer Datenerhebung über das Ausmaß von CAN für das Gesundheitswesen

1999 empfahl die WHO der Völkergemeinschaft eine Priorisierung der Entwicklung einer globalen Datenerfassung im Bereich Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung, die Abschätzung des Einflusses auf das Gesundheitswesen sowie die damit verbundenen wirtschaftlichen Kosten. Ein Jahrzehnt später merkten die CDC an, dass das Fehlen zuverlässiger Informationen über die Anzahl der Fälle von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung, das Gesundheitswesen in seiner Handlungsweise stark einschränkt. (Leeb et al. 2008).

Notwendigkeit des CAN-Monitorings

In der internationalen Literatur besteht Konsens darüber, dass das wahre Ausmaß von Kindesmisshandlung nicht bekannt ist. Auf Basis einer Vielzahl von Schätzungen des Phänomens sind bis zu 80% der von Misshandlung Betroffenen den Kinderschutzeinrichtungen nicht bekannt. Die Analogie mit der „Spitze-des-Eisbergs“ liegt nahe, wenn man an das Ausmaß von Kindesmisshandlung denkt (Sedlak and Broadhurst 1996; Trocmé et al. 2005).

Die Notwendigkeit nationaler CAN-Monitoringsysteme ergibt sich aus der Erfordernis, die Inzidenz von CAN auf Grundlage eingeleiteter Maßnahmen zu verstehen. Das bedeutet im Einzelnen das Monitoring der Nachfrage nach Maßnahmen bezogen auf CAN, das Setzen von Prioritäten bei der Prävention, die Identifikation von Bedürfnissen involvierter Fachkräfte, das Verstehen der Folgen von CAN sowie die Bestimmung der mit CAN verbundenen Kosten.

Ziel, Mittel und Struktur des Projekts CAN-MDS

Das Projekt hat zum Ziel, eine wissenschaftliche Grundlage für notwendige Instrumente und Synergien zu schaffen, um die Etablierung nationaler CAN-Monitoringsysteme zu unterstützen oder dort, wo solche bereits bestehen, diese zu verbessern. Es ist Gegenstand der CAN-Monitoringsysteme, das Ausmaß von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung zu dokumentieren und auswertbar aufzubereiten sowie die Maßnahmen auf Einzelfallebene zu erfassen und darüber hinaus auch nachzuverfolgen und zu unterstützen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Entwicklung eines Entwurfs für ein Monitoringsystem für CAN auf der Basis eines sogenannten „Minimal Data Set“ (MDS) umgesetzt. Ein MDS ist ein Instrument zur Sammlung einheitlicher, standardisierter, vergleichbarer Daten mit möglichst minimaler Anzahl an Variablen.

Das Projekt ist folgendermaßen strukturiert:

- WS.1 Vorbereitungsphase:** Literaturrecherche zur Methodik der Erstellung eines MDS und Statusberichte zu verfügbaren CAN-Monitoringmechanismen in den jeweiligen Ländern
- WS.2 Übertragung der MDS-Praxis auf den CAN-Bereich:** Definition des MDS-Inhalts, Schaffung eines CAN-MDS-Toolkits und Entwicklung von Evaluationskomponenten
- WS.3 Schaffung von Synergien:** Erstellung nationaler CAN-MDS-Kernanwendergruppen
- WS.4 Aufbau von Kapazitäten:** Ausbildung von Trainern und nationalen CAN-MDS-Kernanwendergruppen
- WS.5 Abgestimmtes Vorgehen gegenüber CAN via MDS:** Erstellung eines „Policies & Procedures Manual“ für die Etablierung nationaler CAN-MDS-Monitoringsysteme und der Dissemination von Ergebnissen des Projekts

Monitoring im Gesundheitswesen

Thacker und Berkelman (1988) definierten das Monitoring im Gesundheitswesen, oder „public health surveillance“, als eine fortlaufende systematische Erfassung, Analyse und Interpretation von Ergebnis-spezifischen Daten, eng verbunden mit der zeitnahen Dissemination dieser Daten an die Verantwortlichen für Prävention und Kontrolle. Das Monitoring ist somit nicht als Ziel, sondern eher als ein Werkzeug zu verstehen. Jedoch kann diskutiert werden, dass diese Definition zwei sehr unterschiedliche Aspekte beinhaltet: Zum einen gibt es das Fallmonitoring mit einem Fokus auf Individuen zur Identifikation Betroffener und Ergreifung von Maßnahmen. Auf der anderen Seite gibt es das statistische Monitoring mit dem Fokus auf Populationen zur Identifikation von Unterschieden und Trends, die politische Entscheidungsprozesse – inklusive der Allokation von Ressourcen – beeinflussen können (Choi 2012; Stoto 2003).

Im Zusammenhang mit dem „public health approach“ wird vorgeschlagen, dass Daten aus einem solchen Monitoringsystem als ein Instrument der Identifikation und der Nachverfolgung von Gesundheitsbedrohungen auf Populationsebene verwendet werden können. Außerdem wären diese nützlich, um Risiken und protektive Faktoren innerhalb von Subgruppen einzuschätzen. Diese Informationen können wiederum genutzt werden, um gezielte Präventions- und Interventionsprogramme (Putnma-Hornstein et al. 2011) zu entwickeln. Jedoch kamen Finkelhor und Wells (2003) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass es sinnvoll wäre, zusätzlich zur Analyse der spezifischen Unzulänglichkeiten existierender Datensysteme über eine Verbesserung dieser Systeme nachzudenken sowie die mögliche Etablierung neuer Datensysteme oder die Kombination vorhandener Systeme in Betracht zu ziehen. In ihrer Studie erforschten sie Limitationen von 13 verschiedenen Datensätzen und -systemen in den USA zur Verbesserung von Statistiken über die Viktimisierung Jugendlicher.

Es wurde vorgeschlagen, dass Änderungen in den beforschten Systemen wie die Verbesserung von Verlaufsdaten von Kindern innerhalb von Kinderschutzeinrichtungen und Adoptionssystemen z. B. Fachkräften in Kinderschutzeinrichtungen zugute kommen könnten. Dadurch könnte herausgefunden werden, inwiefern Untersuchungen oder Gefährdungsabschätzungen das Ergebnis beeinflussen. In einem Kommentar über nationale Monitoringsysteme von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung stellten AlEissa et al. (2009) fest, dass die NCANDS-Daten in den USA für eine Vielzahl von Zwecken genutzt werden, unter anderem für die Entwicklung und das Monitoring von Outcome-Maßen bezogen auf die Sicherheit von Kindern (Wiederauftreten von Misshandlung, Misshandlung in Pflegeunterbringungen) als ein Teil des Monitorings von Einrichtungen für Kinder und Familien, wie es in den USA von Regierungsbehörden durchgeführt wird.

Monitoring durch CAN-MDS

Neben dem Monitoring von CAN im Gesundheitswesen gibt es einen weiteren Zweck des CAN-MDS-Monitoringsystems – die Verwendung von Informationen auf Fallebene.

Somit kann der Zweck auf zwei Ebenen folgendermaßen definiert werden:

- Die Bereitstellung von verständlichen, reliablen und vergleichbaren fallbezogenen Information auf nationaler und internationaler Ebene von (mutmaßlichen) CAN-Betroffenen, die erzieherische, gesundheitsbezogene, soziale, juristische oder öffentliche (Hilfe-) Maßnahmen in Anspruch genommen haben.
- Ein sofort anwendbares Instrument für die Untersuchung und Nachverfolgung von CAN-Betroffenen oder Kindern, die in Gefahr sind, erneut betroffen zu sein, unter Beachtung nationaler Gesetzgebung sowie ethischen Richtlinien bei der Datenerhebung und -administration. (Informationen auf Fallebene, verknüpft mit der Nachverfolgung von Einzelfällen).

Der Doppelcharakter des vorgeschlagenen CAN-MDS-Monitoringsystems bezieht die Schwierigkeiten mit ein, die in der Natur von CAN liegen (fortlaufend und sich wiederholend, Einbezug verschiedener Sektoren, Fach- und Berufsgruppen ohne gut etablierte gemeinsame Sprach- und Kommunikationswege). Auch werden kritische Aspekte mit berücksichtigt, die für eine effektive Durchführung eines Monitoringsystems im Gesundheitswesen verlangt werden (bezüglich seiner Akzeptanz und des Einverständnisses von Entscheidungsträgern, Daten zu erfassen). Da sich CAN-MDS als ein praktisches Instrument eignet (strikten Kriterien folgend) und involvierten Parteien dient (MH Government 2013), wird erwartet, dass das Engagement für das System gestärkt wird und deshalb zu besseren Informationen für die Einleitung von Maßnahmen führen kann. Zudem wird aufgrund des Doppelcharakters davon ausgegangen, dass ein solches System das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Analyse verbessert.

2. ZWECK & ZIELSETZUNGEN

Anwendungsmöglichkeiten der mit CAN-MDS erfassten Daten

Daten, die mit einem möglichen CAN-MDS-Monitoring-system erfasst werden:

- dienen der regelmäßigen Erfassung der Inzidenz von CAN und seiner spezifischen Formen; basierend auf Daten, die sich aus den eingeleiteten Maßnahmen ableiten
 - im Allgemeinen
 - pro Sektor und Maßnahme
 - pro spezifischer Form von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung und Merkmalen des Kindes, der Sorgeberechtigten und der Familie
- dienen dem Monitoring von Trends im Bereich Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung
 - auf nationaler und lokaler Ebene
 - pro spezifischer Form von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung und Merkmalen des Kindes, der Sorgeberechtigten und der Familie
- geben Anhaltspunkte für die Identifikation von
 - neuen oder entstehenden Trends im Bereich Kindesmisshandlung
 - Hochrisikopopulationen
- dienen als Grundlage für die Evaluation der
 - Notwendigkeit der Maßnahmen (Bedarfsanalyse bezieht sich auf CAN-Fallverwaltung), um die Ressourcenallokation für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von CAN zu priorisieren
 - Effektivität von CAN-Präventionsmaßnahmen und Interventionen (und zur Identifikation guter Methoden)
 - Effektivität von CAN-Präventionsstrategien (für zukünftig geplante Strategien und Gesetzgebungen)



Weitere Anwendungsmöglichkeiten:

- Darstellung der Prozessierung von CAN-Fällen
- Ermittlung von Veränderungen in der Prozessierung von CAN-Fällen und die Effekte dieser Veränderungen
- Verbesserung der Kommunikation zwischen involvierten Sektoren
- Nachverfolgung auf Fallebene
- Funktion als sofort nutzbares Instrument bei neuen Fallabklärungen von autorisierten Einrichtungen
- Rückmeldung auf Fallebene zu bereits bekannten Fällen

Mögliche Zielsetzungen

Unter Berücksichtigung des Prozess „from discovery to delivery“ (Sleet et al., 2003) lassen sich die inhaltlichen Ziele eines möglichen CAN-MDS-Monitoringsystems wie folgt darstellen:

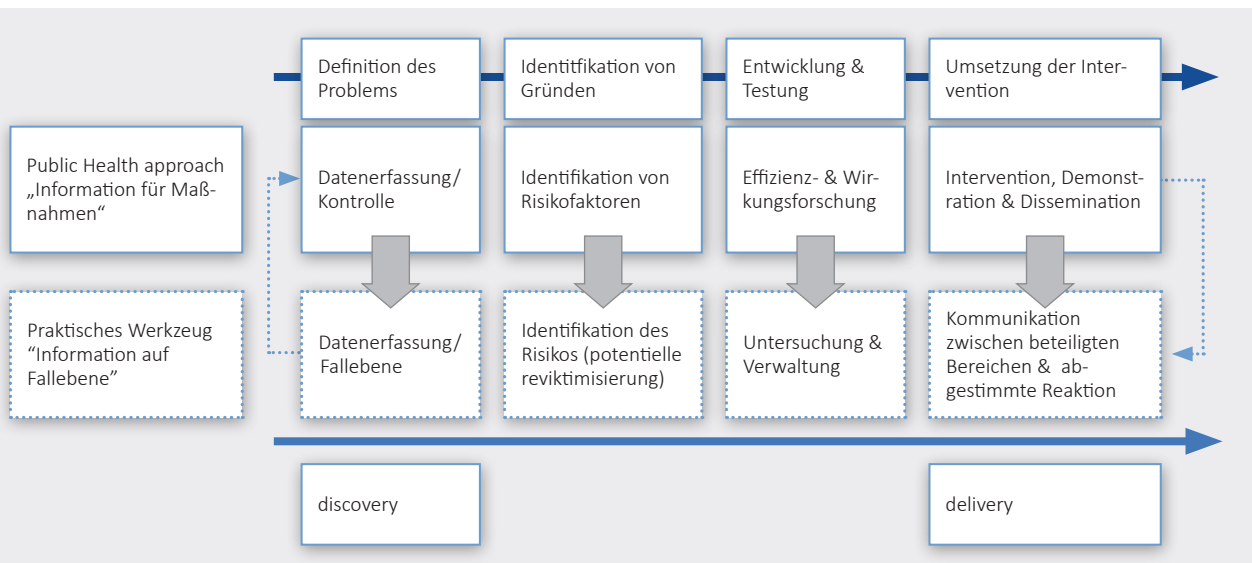


Abbildung 1: CAN-MDS Monitoringsystem: Verwendung von Daten des CAN Monitoringsystems zur Unterstützung der Administration auf Fallebene und zur Stärkung des Engagements der Datenerfassung in einem Monitoringsystem.

Die Notwendigkeit einheitlicher Definitionen

Eine große Herausforderung bei der Erforschung von CAN stellt eine einheitliche Definition von Kindesmisshandlung dar, die sowohl über verschiedene Fachrichtungen und Zuständigkeiten hinweg als auch auf nationaler und internationaler Ebene Gültigkeit hat.

Fallon und Kollegen (2010) stellten fest, dass es beim Vergleich von CAN-Berichten zu beträchtlichen Problemen kommen kann. Grund dafür sind die meist zu wenig detailliert dargestellten Statistiken. Dieser Mangel an Details beeinträchtigt die Berücksichtigung von Schwierigkeiten bei der Datenerhebung und deren möglichen Einfluss auf die Messung. Dadurch variieren Statistiken über CAN deutlich in den berichteten Formen von Misshandlung, was möglicherweise zu einer Unterschätzung spezifischer Formen von CAN führt. Dies lässt sich sogar in Stichproben von Kindern feststellen, die im Fokus von Institutionen sind (welche die Zielgruppe von CAN-MDS sind), weil es daran scheitert, multiple Formen von Missbrauch zu erfassen. Auch stellten die Forscher fest, dass der Punkt, ab dem ein Kind als misshandelt erkannt wird, wesentlich für die Limitationen der Daten ist, die zur Schätzung des Ausmaßes von Kindesmisshandlung herangezogen werden. Die Schwierigkeit, eine allgemein anerkannte, konzeptionelle CAN-Definition zu finden, zeigt, weshalb konzeptionelle Definitionen nicht für Monitoringzwecke eingesetzt werden können.

Andererseits spielt es für den Vergleich internationaler Raten von Misshandlung – und ebenfalls für Vergleiche innerhalb eines Landes – eine entscheidende Rolle, wie ein Ereignis von Kindesmisshandlung erfasst wird. Somit erfordern Vergleiche über Zuständigkeitsbereiche hinweg zumindest disaggregierte Daten.

Der WHO und der University of Technology Sydney zufolge (2008) gewährleistet die Verwendung standardisierter Definitionen Konsistenz, indem die jeweiligen Zuständigkeiten ihre eigenen, detaillierteren, landesspezifischen Datensätze entwickeln. Diese Datensätze bauen auf einem Kern an Variablen auf, was regionale Vergleiche, Benchmarking und Standardisierung ermöglicht.

In einigen sehr frühen Studien lösten Forscher das Problem fehlender expliziter Definitionen und die Schwierigkeit der Operationalisierung des Konzepts der Misshandlung, indem sie die Benennung verwendeten, die von der verantwortlichen Behörde oder Einrichtung (Krankenhaus, Kinderschutzeinrichtung, Polizei und Gericht) der Tat zugeordnet wurde. Auch noch in den achtziger Jahren wurde diese Herangehensweise für die Verwendung empirischer Daten, die auf Aufzeichnungen von Kinderschutzeinrichtungen basierten, übernommen. Dies war dazu gedacht, nützliche deskriptive Informationen mittels minimalen Datenerhebungsaufwands zu liefern. Dies geschah, obwohl das Fehlen präziser objektiver Kriterien die Vergleichbarkeit erschwerte.

Während der neunziger Jahre wurden Anstrengungen hinsichtlich der Entwicklung präziser operationalisierter Definitionen von Taten der Misshandlung unternommen, anstatt auf die Einschätzung von Fachkräften zu vertrauen. Auch wenn dies ein Schritt in die richtige Richtung war, wurde argumentiert, dass die Vergleichbarkeit von Studien aufgrund starker Abweichungen in den verwendeten Definitionen und deren Einfluss auf die Schätzung verschiedener Formen von CAN eingeschränkt sei (National Research Council 1993; Zuravin 1991; Wyatt and Peters 1986).

Konzeptionelle Definitionen von Kindesmisshandlung

World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (2006)

Im World report on violence and health (2002) wurde festgestellt, dass die International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) Definitionen von Missbrauch aus 58 Ländern verglich und einige Übereinstimmungen fand, was als missbräuchlich betrachtet wird (Bross et al. 2000; Krug et al. 2002).

Das Kapitel „child abuse and neglect by parents and caregivers“ beinhaltet die 1999 von der WHO Consultation on Child Abuse Prevention entworfene Definition: Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung wird definiert als „all forms of physical and / or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment

or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power“ (WHO 1999). Also alle Formen körperlicher und / oder emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung oder vernachlässigender Behandlung oder wirtschaftlicher oder andere Formen der Ausbeutung, die in tatsächlicher oder möglicher Beeinträchtigung der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder Würde des Kindes resultieren, und in Zusammenhang mit einer Beziehung von Vertrauen, Verantwortung oder Macht stehen.

1. In the UK HM Government's Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children (2013), there is a detailed guidance on information sharing between professionals when there are concerns about children's safety and welfare. It states that "effective sharing of information between professionals and local agencies is essential for effective identification, assessment and service provision; ... sharing information can be essential to put in place effective child protection services. Fears about sharing information cannot be allowed to stand in the way of the need to promote the welfare and protect the safety of children. To ensure effective safeguarding arrangements: all organisations should have arrangements in place which set out clearly the processes and the principles for sharing information between each other..."

Es werden vier Formen unterschieden: körperliche Misshandlung (physical abuse), sexueller Missbrauch (sexual abuse), psychische Misshandlung (psychological abuse) und Vernachlässigung (neglect) (WHO 1999).

Basierend auf der genannten Definition entwickelten die WHO und ISPCAN (2006) die folgenden konzeptionellen Definitionen der Formen von Kindesmisshandlung.

Körperliche Misshandlung: Körperliche Misshandlung eines Kindes wird definiert als die intendierte Ausübung körperlicher Gewalt gegen ein Kind, was in Beeinträchtigung der Gesundheit, des Überlebens, der Entwicklung oder der Würde des Kindes resultiert beziehungsweise sehr wahrscheinlich darin resultiert.

Sexueller Missbrauch: Die Einbindung eines Kindes in sexuelle Aktivitäten, die es nicht vollständig versteht, kein Einverständnis dazu geben kann oder für welche es aufgrund seines Entwicklungsstandes noch nicht bereit ist oder Sonstiges, das Gesetze oder soziale Tabus der Gesellschaft verletzt. Kinder können sowohl von Erwachsenen als auch von anderen Kindern, welche sich aufgrund ihres Alters oder Entwicklungsstandes in einer Verantwortungs-, Vertrauens-

oder Machtstellung gegenüber dem Opfer befinden, sexuell missbraucht werden.

Psychische Misshandlung: Emotionale und psychische Misshandlung beinhalten sowohl einzelne Vorfälle als auch Muster von Verfehlungen über die Zeit hinweg eines Elternteils oder Erziehungsberechtigten eine dem Entwicklungsstand angemessene und unterstützende Umwelt zu bieten. Missbrauch dieser Art beinhaltet: Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Muster der Herabwürdigung, Tadel, Bedrohung, Einschüchterung, Diskriminierung und Lächerlich gemacht werden; und sonstige, nicht-körperliche Formen der Zurückweisung und feindseligen Behandlung.

Vernachlässigung: Vernachlässigung beinhaltet sowohl einzelne Ereignisse als auch ein Muster von Verfehlungen über die Zeit hinweg, eines Elternteils oder anderer Familienmitglieder, für die Entwicklung und das Wohlergehen des Kindes zu sorgen – wo es die Aufgabe der Eltern wäre – in einem oder mehreren der folgenden Bereichen: Gesundheit, Erziehung, emotionale Entwicklung, Ernährung, Schutz und sichere Lebensbedingungen. Die Eltern von vernachlässigten Kindern müssen nicht unbedingt arm sein. Sie können ebenso finanziell gut gestellt sein.

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (2008)

Mit der Absicht eine effektive Identifikation, Beurteilung, Verfolgung, Behandlung und Prävention von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung zu gewährleisten entwickelte das CDC die folgende konzeptionelle Definition von Kindesmisshandlung und den damit verbundenen Begrifflichkeiten. Damit reagierte das CDC auf die Schwierigkeiten in der Kommunikation, die aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Definitionen in den verschiedenen Disziplinen bestehen.

Außerdem wurden spezifische Datenelemente als Empfehlung für die freiwillige Nutzung von Personen und Organisationen im Gesundheitswesen eingeführt. Diese wurden entworfen, um staatlichen und lokalen Mitarbeitern des Gesundheitswesens bei der Erhebung von Monitoringdaten von Kindesmisshandlung zu helfen. Dahinter verbirgt sich die Absicht der Förderung und Verbesserung der Konsistenz des Monitorings von Kindesmisshandlung für Maßnahmen im Gesundheitswesen (Leeb et al. 2008).

Kindesmisshandlung: Jede Handlung oder Reihe von Handlungen oder Unterlassungen eines Elternteils oder Erziehungsberichtigten, welche in Schaden, möglichem Schaden oder Gefährdungen für das Kind resultieren.

Missbrauch und Misshandlung (Acts of Commission): Worte oder offene Handlungen, welche zu Schaden, möglichem Schaden oder Gefahr einer Beeinträchtigung von

Kindern führen. „Acts of commission“ sind bewusst und vorsätzlich. Dennoch muss die Schädigung eines Kindes nicht zwingend eine beabsichtigte Konsequenz sein. Der Vorsatz wird nur auf die Taten der Betreuungsperson bezogen, nicht auf die Folgen dieser Taten. Zum Beispiel kann eine Betreuungsperson vorhaben, ein Kind zur Strafe für etwas zu schlagen (d. h. das Schlagen des Kindes ist nicht zufällig oder unbewusst), allerdings muss er/sie nicht vorgehabt haben, ihm eine Gehirnerschütterung zuzufügen.

Die folgenden Formen von Misshandlung beinhalten „acts of commission“: körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, psychische Misshandlung

Vernachlässigung oder Unterlassungen (Acts of Omission): Die unterlassene Versorgung grundlegender körperlicher, emotionaler und erzieherischer Bedürfnisse eines Kindes oder das Nicht-Bewahren eines Kindes vor Schaden oder möglichem Schaden. Wie bei „acts of commission“ kann – muss aber nicht – die Schädigung des Kindes, eine beabsichtigte Konsequenz sein. Die folgenden Formen von Misshandlung beinhalten Unterlassungshandlungen:

Unterlassene Versorgung: körperliche Vernachlässigung, emotionale Vernachlässigung, medizinische/zahnärztliche Vernachlässigung, erzieherische Vernachlässigung; **Unterlassene Betreuung:** Inadäquate Betreuung, Aussetzen eines gewalttätigen Umfelds.

Der erste systematische Versuch, Kindesmisshandlung konzeptionell zu definieren, basierte darauf, dass zahlreiche Länder, die das globale Problem von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung verstanden, die „essentielle Natur“ und die „essentiellen Merkmale“ spezifischer Misshandlungsfälle aus verschiedenen Kulturkreisen, berücksichtigten. Durch diesen Prozess und weiterer Ausarbeitung wurden konzeptionelle Definitionen von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung entworfen (WHO & ISPCAN 2006; CDC 2008). Ziel war es, Label z. B. für körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch bzw. psychische Misshandlung und Vernachlässigung mit den dazugehörigen Arbeitsdefinitionen zu erstellen. Dies sollte als eine spezifische Arbeitsdefinition dienen und in der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten helfen.

Operationalisierung von CAN-MDS Falldefinitionen

Die Verwendung von Methoden wie Labels und deskriptive Daten (s. oben) für die Falldefinition wird im Kontext von CAN-MDS nicht als effektiv erachtet, da CAN-MDS beabsichtigt, Datenquellen aus unterschiedlichen Bereichen miteinander zu verbinden und eine Vielzahl von Fachleuten als Anwender zu involvieren. Andererseits ist die Akzeptanz und daraus folgend die Verwendung gängiger, klarer, zuverlässiger, valider und nützlicher Definitionen eine Grundvoraussetzung für die Durchführung geeigneter Erhebungen. Anderenfalls behindern die Unklarheit und Mehrdeutigkeiten, die mit Definitionen dieses sozialen Problems einhergehen und jeden Aspekt der Berichterstattung, Behandlung, Forschung und Richtlinienplanung im Feld betreffen, jede Anstrengung einer Erfassung im Kontext von CAN-MDS.

Reale Ereignisse (kulturelle Wahrnehmung und genutzte Definitionen in unterschiedlichen Ländern)

Konzeptualisierung (ISPCAN 2000)

Konzeptionelle Definitionen (WHO & ISPCAN 2006; CDC 2008)

Operationale Definitionen (CDC 2008; CAN-MDS andauernd)

Erfassung von CAN in der realen Welt via MDS

Um ein größtmögliches gemeinsames Verständnis aller potentiellen Anwender und daraus folgend die Dokumentation und Erfassung von zuverlässigen und vergleichbaren Informationen zu gewährleisten, soll die Falldefinition für CAN-MDS über einen Bottom-up Prozess erfolgen. Darunter versteht man, dass anstelle weitgefächter Klassifikationen der Haupt- und Subtypen von CAN, vorkodierte, erschöpfende (Check-) Listen von klar definierten spezifischen Handlungen und Unterlassungen entwickelt werden. Diese können über Beobachtung, im Interview, anhand vorhandener Informationen oder auf andere Art identifiziert werden und ergeben – automatisch basierend auf einem Algorithmus – spezifische Subtypen und somit auch Haupttypen von CAN. Gleichzeitig ermöglichen sie die Dokumentation multipler Formen von Kindesmisshandlung (siehe Abbildung 2). Dennoch haben Anwender – vor allem jene, die mit den Formen von Kindesmisshandlung vertraut sind – die Möglichkeit, bei der Dokumentation von einer übergeordneten Kategorie von Misshandlung auszugehen, um dann mit der Angabe spezifischer Formen von Gewalt und Unterlassungen fortzufahren.

Die CDC (2008) schlug im Anschluss daran ein breites Spektrum spezifischer Elemente vor, um diese in einen Datensatz zur Erfassung von Kindesmisshandlung aufzunehmen. Damit bemühte man sich, konzeptionelle Definitionen zu operationalisieren, indem präzise beschrieben wurde, wie das Konzept mittels spezifischer Variablen erfasst werden kann (erschöpfend und sich ausschließend, nur ein Attribut eines Falles messend).

Zusätzlich zu den von der WHO und ISPCAN (2006) und CDC (2008) vorgeschlagenen Definitionen, basieren Falldefinitionen in CAN-MDS, auch auf dem **United Nations' Committee on the Rights of the Child's General comment No. 13 (2011): "The right of the child to freedom from all forms of violence" [CRC/C/GC/13 (2011) §19-33]², UNCRC Article 19³ und dem World Report on VAC (2006)⁴.**

Was ist die Notwendigkeit für operationale Definitionen, wenn bereits passende konzeptionelle Definitionen existieren? Konzeptionelle Definitionen erklären, das dahinterliegende Konstrukt und wie dieses mit anderen Konstrukten in abstrakter Weise in Beziehung steht. Wird mit Konstrukten gearbeitet, ist die Herstellung eines Bezugs zur konkreten Realität notwendig. Dieser Prozess wird als Operationalisierung bezeichnet. Operationale Definitionen beschreiben die Variablen, die als Indikatoren genutzt werden können und Prozeduren, um diese zu beobachten oder zu erfassen. Eine operationale Definition ist notwendig, da es nicht möglich ist ein Konstrukt ohne diese zu erfassen, egal wie gut, diese Definition ist. Andererseits sind die konzeptionellen Definitionen eine Voraussetzung, da diese die Bedeutung des Konstrukts beschreiben, während operationale Definitionen nur beschreiben, wie diese zu erfassen sind. Wenn nur eine operationale Definition vorliegt, so kann es möglich sein, dass lediglich bekannt ist, wie bei der Erfassung zu verfahren ist, nicht jedoch was zu erfassen ist.¹

Was ist ein Operationalisierungsprozess? Der Prozess messbare, quantifizierbare und valide Indizes für eine Variable zu finden. Manchmal beinhaltet dieser Prozess Wege ausfindig zu machen, die Variable so zu verändern, dass sie zwei oder mehr Ebenen hat.²

Warum CAN Falldefinitionen „operationalisieren“? Nicht alle Variablen sind leicht zu erfassen. Ein CAN-Fall ist kein einfach zu erfassendes Konzept.

Beispiel: From difficulty to Report to difficulty to Record
"Legal definitions do not provide enough detail to allow mandated reporters – like teachers – to determine whether or not a report of child maltreatment is required. Therefore, researchers and social workers have developed a set of operational definitions to help with this task. Operational definitions are definitions that specify what to look for when you are deciding whether or not to report."³

1. Richards, D. (2000). Exercises and Answers in Empirical research. The Vancouver Network Analysis Team.
2. Entin, P. (2002). Operationalizing Variables. EXS/HP602 Research Design. Northern Arizona University.
3. Virginia Department of Social Services Online Automated Data System (OASIS). (2012). Child Abuse and Neglect: Recognizing, Reporting, and Responding for Educators.

2. Verfügbar unter: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf

3. Verfügbar unter: http://www.unicef.org.uk/Documents/Publication-pdfs/betterlifeleaflet2012_press.pdf

4. Verfügbar unter: <http://www.unicef.org/violencestudy/reports.html>

3. FALLDEFINITIONEN

Bottom-up-Prozess

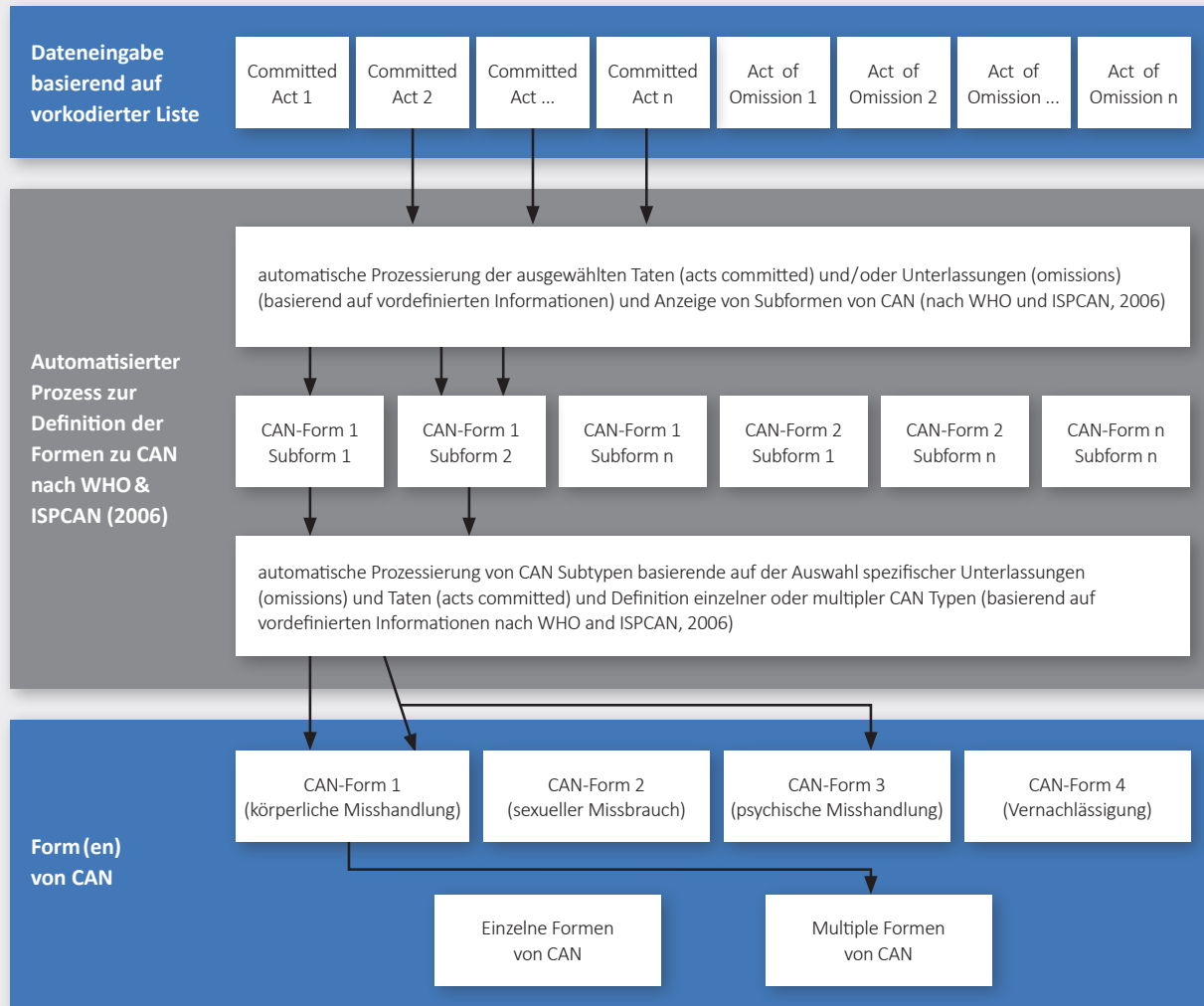


Abbildung 2: CAN-MDS Falldefinitionen: Operationalisierung von konzeptionellen CAN Definitionen zu quantifizierenden CAN Daten

Durch den Bottom-up Prozess wird erwartet, dass die Reliabilität unter den Anwendern und die Validität der Erfassung gesteigert wird. Für diese Art an Prozess sind vom Anwender keine subjektiven Einschätzungen über das Vorhandensein spezifischer Misshandlungsformen notwendig. Zudem werden spezifische Handlungen von Gewalt oder Unterlassung erfasst, ohne Hauptkategorien von CAN anwenden zu müssen. Dies unterstützt die Objektivität der Erfassung. Auf diese Weise kann konzeptionelle Klarheit und Homogenität von CAN und den Formen bei allen involvierten Fachleuten erreicht werden.

Identifikation möglicher Datenquellen für ein CAN-MDS-Monitoringsystem

Um Auswahlkriterien für Kern- und erweiterte Anwendergruppen von CAN-MDS zu definieren, wurde ein vierstufiges Verfahren entwickelt.

Definition der Auswahlkriterien für CAN-MDS-Datenquellen, Kern- und erweiterte Anwendergruppen

- Step A** Identifikation relevanter Bereiche, die in ein zukünftiges CAN-MDS-System als Datenquellen miteingebunden werden sollen
- Step B** Identifikation von in Frage kommenden Fachkräften pro Arbeitsgebiet als potentielle Anwender eines CAN-MDS-Systems
- Step C** Identifikation von Verantwortlichkeiten jeder in Frage kommenden Gruppe von Fachkräften
- Step D** Entscheidung über Zugriffsrechte der in Frage kommenden Fachkräfte eines zukünftigen CAN-MDS in Abhängigkeit von deren Verantwortlichkeit bei der Administration von CAN Fällen

Die vorgeschlagenen Datenquellen und Anwender eines potentiellen CAN-MDS-Systems sind im Projektbericht dargestellt (D3.1 Eligibility criteria for CAN-MDS Operators' Core Groups and Expanded Groups). Abbildung 3 stellt die Klassifikation von Datenquellen dar, die sich aus den Informationen von den in Step A verantwortlichen Personen ergibt.

Aktuell sind die verantwortliche Personen:

- Van Puyenbroeck, B. Child und Family Agency, BELGIEN
- Stancheva-Popkostandinova, V. South-West University „Neofit Rilski“ (SWU), BULGARIEN
- Seraphin, G. und Bolter, F. National Observatory of Children in Danger (ONED), FRANKREICH
- Goldbeck, L. und Witt, A. University Ulm, Dept of Child and Adolescent Psychiatry / Psychotherapy, DEUTSCHLAND
- Stavrianaki, M., Ntinapogias, A. und Nikolaidis, G. ICH, Dept of Mental Health and Social Welfare, GRIECHENLAND
- Mammini, S. und Bianchi, D. Istituto degli Innocenti, ITALIEN
- Roth, M., Antal, I. und Tonk, G. Babes-Bolyai University, Dept. of Social Work (BBU), RUMÄNIEN
- Jud, A. Lucerne University of Applied Sciences & Arts, School of Social Work, SCHWEIZ
- Castellanos Delgado, J. L. und Solis de Ovando, R. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, SPANIEN

Durch das vierstufige Verfahren soll ermöglicht werden, auf systematische Weise die Fachleute zu ermitteln, die mögliche Anwender eines CAN-MDS-Monitoringsystems sein können. Außerdem wurden als Voraussetzung dafür die relevanten Bereiche / Sektoren identifiziert, die in die Administration von CAN-Fällen in den teilnehmenden Ländern involviert sind (siehe nächst Seite).

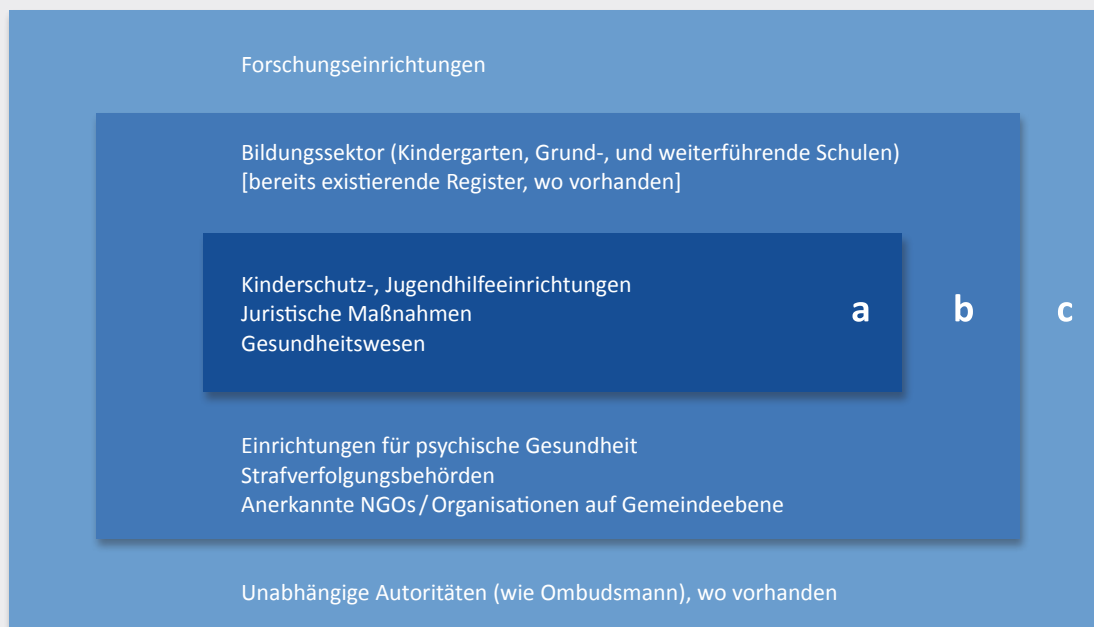


Abbildung 3: Kern- (a), erweiterte (b) & zur Diskussion stehende (c) Datenquellen für ein mögliches CAN-MDS Monitoringsystem

Hauptdatenquellen & berechtigte Fachkräfte (Konsens zwischen mind. 5 von insgesamt 8 Ländern)

Vollständiger Zugriff (Level 1)	Eingeschränkter Zugriff (Level 2)	Eingeschränkter Zugriff (Level 3)
Staatsanwälte	- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen in Kinderschutz- bzw. Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen - Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen in akkreditierten NGOs/Organisationen auf Gemeindeebene - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Gesundheitswesen - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Einrichtungen für psychische Gesundheit - Psychologen in Kinderschutzeinrichtungen / Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen - Psychologen im Gesundheitswesen - Psychologen in Einrichtungen für psych. Gesundheit - Kinderärzte im Gesundheitswesen - Ärzte (verschiedene Fachrichtungen, z. B. Pädiatrie, Orthopädie, Radiologie) im Gesundheitswesen - Polizeibeamte	- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen im Gesundheitswesen - Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit (Psychologen, Fachärzte für Psychiatrie, Berater) in akkreditierten NGOs/Organisationen auf Gemeindeebene

Erweiterte Datenquellen & berechtigte Fachkräfte (Konsens zwischen mind. 3 von insgesamt 8 Ländern)

Vollständiger Zugriff (Level 1)	Eingeschränkter Zugriff (Level 2)	Eingeschränkter Zugriff (Level 3)
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen in Kinderschutzeinrichtungen/ Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen	- Fachkräfte im Bereich psychische Gesundheit (Psychologen, Fachärzte für Psychiatrie) in Einrichtungen des Gesetzesvollzug - Berater in Kinderschutzeinrichtungen/ Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen - Berater in Einrichtungen für psychische Gesundheit - Richter - Fachärzte für Gynäkologie im Gesundheitswesen - Krankenpfleger in Kinderschutz-/ Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen - Hebammen in Kinderschutz-/ Sozial- und Jugendhilfeeinrichtungen - Administratoren in vorhandenen, verbundenen Registern	- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen in Bildungseinrichtungen - Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen in Einrichtungen für psychische Gesundheit - Leistungserbringer aus Institutionen, die für Kinderschutz-/ Sozialhilfeeinrichtungen tätig sind - Psychologen in Bildungseinrichtungen - Berater in Bildungseinrichtungen - Bewährungshelfer - Andere Berufe im Justizdienst - Krankenpfleger in akkreditierten NGOs/Organisationen auf Gemeindeebene - Lehrer/ Erzieher (Vorschule, Kindergarten, Grund- und weiterführende Schulen, Förderschulen für Kinder mit speziellen Bedürfnissen, Schuldirektoren) in Bildungseinrichtungen - Sonstiges Personal (Abteilung für Menschenhandel, Abteilung für Behinderung, Kinderbeauftragte etc.) in unabhängigen Behörden

Die Zuweisung bestimmter Zugriffsrechte für jede einzelne berechtigte Gruppe von Fachleuten erfolgte auf Grundlage der Verantwortlichkeiten im Arbeitsalltag. Zudem basiert die Einteilung der Expertengruppen auf der Rückmeldung von den Projektverantwortlichen der jeweiligen Länder betreffend der Eignung spezifischer Fachleute für spezifische Tätigkeiten (Anzahl der Länder).

Eines der Projektziele ist es, eine umfangreiche Grundlage von Datenquellen zu schaffen, und gleichzeitig möglichen Anwendern ein nützliches Instrument für die Nachverfolgung von Einzelfällen von Kindesmisshandlung über verschiedene Zugriffsrechte zur Verfügung zu stellen. Deshalb wurde das oben genannte Kriterium für die Zuweisung von Zugriffsrechten als nicht streng genug erachtet.

Die Informationen, welche von Partnerländern des Projekts und weiteren Ländern (den assoziierten Partnern sowie den freiwilligen Beiträgen Spaniens) zusammengetragen wurden, können zukünftig durch die Verwendung zusätzlicher Kriterien (z. B. eine Gewichtung der zur Diskussion stehenden „Verantwortlichkeiten“ oder eine Änderung der Schwelle in

der Anzahl von Ländern mit Einrichtungen und Maßnahmen) erneut analysiert werden.

Die Vergabe verschiedener Zugriffsrechte für bestimmte Berufsgruppen, die Berufsrecht, ethischen Grundsetzen und/ oder relevanter Gesetzgebung unterliegen, ist eng mit der Gesetzgebung bezüglich der Verwaltung von sensiblen persönlichen Daten verbunden. Aus diesem Grund wird die Realisierbarkeit der Auswahlkriterien in einem nächsten Schritt überprüft. Insgesamt sind die Gruppe von Fachleuten sowie die Bereiche, welche hier dargestellt werden, eher als Grundlage für zukünftige Weiterentwicklungen als eine endgültige Klassifikation zu sehen.

Informationen aus weiteren Ländern über Sektoren, die in die Administration von Misshandlungsfällen involviert sind und die Zuständigkeiten verschiedener Gruppen von Fachleuten aus dem Bereich, können in Zukunft zu einer noch eindeutigeren Definition von Datenquellen und Anwendern eines CAN-MDS System führen. **Deswegen ist auch Ihre Beteiligung erwünscht!**

Operationale Merkmale eines möglichen nationalen CAN-MDS Monitoringsystems

Rechtliche Befugnis für die Datenerhebung	Festgelegte Kriterien für mögliche Administratoren eines CAN-MDS-Monitoringsystems Identität (Name, Bereich / Sektor und Rechtsstellung) Eignung der vorgeschlagenen Einrichtung Administrator von CAN-MDS Rechtliche Befugnis, Fachwissen und Zulänglichkeit (im Hinblick auf Personal und techn. Mittel)
Datenquellen für das System	Siehe Kapitel 4. Datenquellen. Mehr Informationen über potentielle Anwender im Bericht: „Development of eligibility criteria for the creation of national CAN-MDS Operators’ Core & Expanded Groups“.
Art des Monitorings	Eine Form des integrierten Monitorings (Kombination aus passiven und aktiven Systemen – je nach Länderspezifika – Verwendung bestehender Infrastruktur um Informationen auf Basis von Falldefinitionen zu sammeln) (Nsubuga et al. 2006)
Art der zu erhebenden Daten	Fallbezogene Daten auf Basis der durchgeführten Maßnahmen in Reaktion auf das CAN Ereignis. Daten bezogen auf das Kind, das Ereignis, die Familie und die Maßnahmen. Informationen liegen vor in: Inhalt des CAN-MDS (basiert auf den Ergebnissen der Evaluation, der für das MDS vorgesehenen Elemente) und Handbuch für Anwender (operationalisierte Definitionen)
Zielpopulation	Hauptadressaten: Alle Minderjährigen (0–18 Jahre), die von Kindesmisshandlung betroffen sind indirekte Adressaten: Sorgeberechtigte von Minderjährigen, die von Kindesmisshandlung betroffen sind, und Fachleute
Richtlinien zur Gewährleistung von Datenschutz, Vertraulichkeit der Daten und Systemsicherheit	Informationen liegen vor in: Country reports, Abschnitt 3. Legal Framework 3.1. Gesetzgebung, Richtlinien und Mandate für Berichterstattung und Dokumentation von CAN Fällen in verschiedenen Berufsfeldern 3.2. Rechtsvorschriften für die Administration von sensiblen persönlichen Daten
Abläufe & Grundvoraussetzungen für die Datenerhebung	Siehe Kapitel 6. Dokumentationsinstrument & -verfahren. Zudem liegen Informationen vor zu: CAN-MDS-Toolkit (siehe Abbildung 4: CAN-MDS-Toolkit im Überblick), Handbuch für Anwender (Kern- und erweiterte Anwendergruppen) und Datenerhebungsprotokoll
Methode zur Administration der Daten	Gemäß aktueller Gesetzgebung siehe Country Reports 3.2. Rechtsvorschriften für die Verwaltung von sensiblen persönlichen Daten (Datenübermittlung, Eingabe, Bearbeitung, Speicherung, Sicherung von Daten, korrekte Archivierung und / oder Vernichtung der Einträge im System)
Kompatibilität mit existierenden Erfassungssystemen	Anpassung von MDS Variablen kann (wo möglich) ⁵ anhand CDC Richtlinien zur Kontrolle; ⁶ ICD-9 und ICD-10 und DRGs vorgenommen werden (Entwicklung eines Algorithmus für das automatische Konvertieren von CAN-MDS-Daten in und von oben genannten Klassifikationssystemen, wo möglich)
Kopplung mit vorhandenen Systemen	Kopplung mit bereits vorhandenen Datensätzen, wo verfügbar (siehe Abschnitt 4. Datenquellen)
Methode der Datenanalyse und -verbreitung (Teutsch und Thacker, 1995)	Aggregierte Daten (zur regelmäßigen Dissemination) auf Primärebene (lokale Einrichtungen), Sekundärebene (zentrale Einrichtungen), Tertiärebene (Ministerien, Entscheidungsträger) Bereitstellung disaggregierter fallbezogener Daten für autorisierte Anwender (während Falluntersuchung und Nachverfolgung von Einzelfällen) ⁷
Evaluation des Systems	Evaluation der Nützlichkeit des Systems und seinen operationalen Merkmalen mittels Pilotstudien auf nationaler Ebene (Koordination der Datenerhebung aus autorisierten Quellen auf lokaler Ebene und Zentralisierung der Datenverwaltung)
Zeitraum der Datenerhebung	Kontinuierlich (vorausgesetzt, dass Pilotstudien sowie anfängliche und spätere Evaluation die Nützlichkeit des Systems zeigen)

5. Bis heute gibt es kein Standardset klinischer Diagnosekodierungen zur Erkennung von Misshandlung aus administrativen Daten. Das führt zur Verwendung unterschiedlicher Definitionen in Kontrollstudien (Quelle: Parks et al. 2012).

6. Das CDC NVSS liefert Daten von ungeklärten Todesfällen aufgrund von Kindesmisshandlung, ebenso wie andere Kindstötungen. Ein Todesfall wird dann als Todesfall aufgrund von Kindesmisshandlung gesehen, wenn die Ursache des Todes auf dem Totenschein als Kindesmisshandlung (E967), Vernachlässigung (E904, E968.4) oder Kindstötung (E960-E969.9) (Center for Disease Control 2001) aufgeführt ist. Vitaldaten eines jeden Kindes finden sich auf dem Totenschein. Diese Daten beinhalten Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft des Kindes, sowie die Todesursache, Ort (Staat), Art und Weise und Datum (Jahr) des Todes.

7. „... Ohne nationale, fallbezogene Daten ist es unmöglich den Prozentsatz sexueller Missbrauchsfälle versus körperlicher Misshandlungsfälle zu analysieren, bei denen Maßnahmen auf nationaler Ebene eingeleitet werden. Fallbezogene Daten sind notwendig für die wichtigsten Aufgaben in Politikanalyse“ [Source: Finkelhor & Wells 2003].

Komponenten eines CAN-MDS-Monitoringsystems und Merkmale, um mit wesentlichen Probleme eines Monitoringsystems im Gesundheitssystem umzugehen

Grundbestandteile des Monitoringsystems im Gesundheitswesen sind Datenerfassung, Analyse, Interpretation und Dissemination (Amal 2009; Thacker 2000). Ein funktionierendes Monitoringsystem benötigt klare Ziele und minimale Erfassung relevanter Daten für angemessene Maßnahmen,

eine definierte Zielgruppe und spezifische Datenquellen sowie die Integration eines gut nachvollziehbaren Informationsflusses mit Feedback und Mechanismen zur Dissemination (CDC 2012).

DATENSAMMLUNG – Problem	CAN-MDS Antwort
Misstrauen gegenüber dem System und seiner Berechtigung	Information aller Entscheidungsträger über die Wichtigkeit einer fortlaufenden und systematischen Datenerfassung von CAN-Fällen basierend auf einem Monitoringsystem.
Unterdokumentation aufgrund von zu wenig Meldungen: Zu wenig Meldung von Fällen und keine Aktualität der Dokumentation aufgrund des Meldeprozesses	Erweiterung des Spektrums an Datenquellen und damit auch das der Melder (ausgestattet mit unterschiedlichen Zugriffsrechten) ⁸ durch einen leichteren Meldeprozess, indem es Fachleuten aus unterschiedlichen Fachgebieten ermöglicht wird, Anwender des Systems zu werden, statt diese anzuleiten Fälle anderen Anwendern (aus dem Bereich Kinderschutz, Sozial- Jugendhilfe oder Gerichtsdienst) zu melden.
Zu wenig Meldungen, da es keine Meldepflicht gibt	Einschluss von Anwendern, die nicht zur Meldung verpflichtet sind
Zu wenig Dokumentation gemeldeter Fälle aufgrund passiver Dokumentation (Konowitz et al. 1984)	Anwendung eines integrierten Monitorings (Kombination passiver und aktiver Systeme – gemäß den Länderspezifika) indem eine Methode und ein Instrument genutzt werden, um Informationen auf Basis von Falldefinitionen zu sammeln
Zeitintensive Dokumentation aufgrund umständlicher Formulare oder Prozeduren	Verwendung einer E-Applikation auf der Grundlage eines MDS mit vorkodierten Variablen (ohne Text) und vereinfachtem Aufzeichnungsprozess
Fehlen von Anreizen für die Dokumentation; Fehlen von Feedback führt zu der Wahrnehmung, dass der Dokumentation kein Handeln folgt	Rechtzeitiges, informatives Feedback zur Falladministration • sofortiges Feedback (gemäß dem Zugriffsrecht), Versorgung des Anwenders mit Informationen auf Fallebene (Nachverfolgung von Einzelfällen; Falluntersuchung und weitere Administration) • über einen längeren Zeitraum hinweg, regelmäßige Versorgung der Anwender mit Informationen das Gesundheitswesen betreffend (wie CAN-Trends, Risikofaktoren usw.)
Seitens der Anwender: Fachleute sind sich ihrer Verantwortung bei der Dokumentation nicht bewusst oder nehmen an, dass jemand anders dokumentiert	• ausgewählte, vorab definierte Fachleute pro Einrichtung (individuelle Benutzernamen) • bestimmte Fachleute werden von ihrer Einrichtung ausgewählt, berichtete CAN Ereignisse in das CAN System einzugeben (Ausstattung mit persönlichen Benutzernamen und Passwörtern)
Fachleute wissen nicht welche Fälle dokumentiert werden müssen	Ausgewähltes Fachpersonal wird, um Anwender des CAN-MDS Systems zu werden, mit detaillierten Falldefinitionen versorgt
Fachleute wissen nicht, wie die Dokumentation erfolgt	Ausgewähltes Fachpersonal wird, um Anwender des CAN-MDS Systems zu werden, einem kurzen Training unterzogen und mit dem notwendigen Material versorgt (Handbuch und Dokumentationsprotokoll)
Fachleute haben eine negative Haltung gegenüber dem Dokumentationsprozess	Vereinfachung des Dokumentationsprozesses mit Hilfe einer benutzerfreundlichen und sensiblen E-Applikation
Fachleute befürchten, dass die Dokumentation die Schweigepflicht verletzt oder die Fachpersonal-Betroffenen-Beziehung gefährdet	• Gewährleistung von Datenverschlüsselung/Anonymisierung, gestaffelten Zugriffsrechten, Befolgen nationaler Gesetzgebung bezüglich der Administration sensibler persönlicher Daten • Versorgung aller Entscheidungsträger mit geeigneter Argumentation über ethische Aspekte, bezogen auf Vertraulichkeit und sensible persönliche Daten

ANALYSE – Problem	CAN-MDS Antwort
Basierend auf eingeleiteten Maßnahmen (nicht auf der allgemeinen Population)	Vergrößerung des Spektrums an Datenquellen und der Anzahl berechtigter Anwender ^{9,10}
Fehlen von Repräsentativität (mehrheitlich schwere Ereignisse und aus spezifischen Quellen, z. B. Jugendhilfe oder Rechtssystem)	Vergrößerung des Spektrums an Datenquellen Ausweiten von Falldefinitionen (CAN-Ereignisse unabhängig davon, ob mutmaßlich oder gesichert)
Uneinigkeit bezüglich der Notwendigkeit der Dokumentation spezifischer Fälle, nachdem entschieden wurde, dass der Fall nicht schwerwiegend genug ist oder hauptsächlich Dokumentation von ernsten Fällen, was zu einer überhöhten Schätzung der Schwere führt	Detaillierte Falldefinitionen, die keine subjektiven Beurteilungen der Schwere und Berechtigung der Fälle zulassen
INTERPRETATION – Problem	CAN-MDS Antwort
Verschiedene Tools zur Datenerhebung	Verwendung eines MDS (Konsens von nationalen und internationalen Experten) ermöglicht Vergleiche auf nationaler, sowie internationaler Ebene
Mit Falldefinitionen verbundene Schwierigkeiten	Verwendung von praktischen, operationalen Definitionen von MDS-Variablen; einfach, verständlich und akzeptiert von allen Anwendern unabhängig des Sektors, in dem diese arbeiten, auf die das System zur Datensammlung angewiesen ist.
verschiedene Definitionen	Verwendung von Falldefinitionen, welche Ergebnis eines Bottom-up Prozesses sind, um Missverständnisse, subjektive Bewertungen der Formen von Misshandlung und der Schwere der zu dokumentierenden Ereignisse auszuschließen. Statt die Anwender für die Klassifikation von Fällen mit Definitionen von Formen von Misshandlung auszustatten, werden die Anwender nach dem Vorliegen oder Fehlen von spezifischen – allgemein verständlichen – Handlungen gefragt. Hierfür wird die Einteilung der Formen von Misshandlung mittels eines Bottom-up Prozesses vorgenommen und ist damit nicht von der Fallinterpretation des jeweiligen Fachpersonals abhängig
Inkonsistenz von Falldefinitionen	Verfügbarkeit eines kurzen Trainingsmoduls, geschulten nationalen Kerngruppen, Handbuch für Fachleute und kurzes Protokoll für Anwender
DISSEMINATION – Problem	CAN-MDS Antwort
Zugriff auf disaggregierte (fallbasierte) Daten ist nicht gestattet	Abgestufte Zugriffsrechte (pro berechtigtem Anwender, gemäß seiner Verantwortlichkeiten und Einbindung in die Administration von CAN-Fällen) ermöglichen, dort wo es angemessen ist, CAN-MDS als: • sofort nutzbares Tool während Falluntersuchungen (von zertifizieren Parteien)¹¹ • und die Nachverfolgung auf Fallebene (Kommunikationsweg zwischen involvierten Sektoren und Fachkräften)

8. Die in Finkelhor und Wells (2003) diskutierten Datensysteme waren größtenteils nicht auf koordinierte Art und Weise verwaltet. Die Personen, welche in diese Datensysteme involviert sind, kommen aus unterschiedlichen Fachgebieten oder Bundesämtern. Eine Art zu priorisieren und die Datensysteme allgemein zu verbessern wäre es, die verschiedenen Nutzer und Administratoren unterschiedlicher Datensysteme, sowie Personen aus verschiedenen Fachgebieten, wie Kriminologen, Sozialarbeiter, Experten aus dem Gesundheitswesen und Weitere zusammenzubringen, damit sie voneinander lernen. Eine Art des Vorgehens, könnte eine behördenübergreifende Projektgruppe zur Thematik "Integration von Bundesstatistiken über Kinder" sein. Auch könnten andere Organisationen mehr Konferenzen, Arbeitsgruppen, Fokusgruppen und andere Möglichkeiten entwickeln, um Personen aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen und sie von den Lektionen anderer profitieren lassen" [Quelle: Finkelhor and Wells, 2003].
9. "... Data systems could expand the coverage of the systems to include more jurisdictions or other segments of the population" [Source: Finkelhor & Wells, 2003].
10. „Die National Incidence Study of Child Abuse and Neglect erhebt Daten von Kinderschutzeinrichtungen, sowie von ‚non-CPS sentinels‘ im Gesetzesvollzug, medizinischen Einrichtungen, Bildungseinrichtungen und anderen Einrichtungen (psychische Gesundheit, Tagespflege, ehrenamtliche Sozialeinrichtungen), welche mit misshandelten Kindern in Kontakt kommen" [Quelle: Sedlak & Broadhurst, 1996].
11. "... Die Datensysteme müssen angepasst werden, um Kontinuität und Wechselbeziehungen zwischen Systemen herzustellen. Durch die Verwendung einheitlicher Definitionen, oder die Integration von Datensystemen, kann eine Nachverfolgung von Kindern in verschiedenen Systemen ermöglicht werden [Quelle: Finkelhor and Wells, 2003]."

Datengerüst – Auswahl der zu erfassenden Indikatoren

Bei der Einführung eines neuen Monitoringsystems, wie CAN-MDS, stellt sich als erstes die Frage nach dem Entwurf für das Datengerüst. Darunter versteht man, welche Kategorien von Informationen in das System integriert werden sollen (Abelsohn, Frank and Eyles 2009). Das Datengerüst definiert sich üblicherweise durch Indikatoren, also messbare Faktoren. Diese erlauben objektive Schätzungen über das Ausmaß des Problems und Monitoring der Prozesse sowie über Produkte oder Effekte einer Maßnahme in der Bevölkerung (Nsbuga et al. 2006). Informationstechnologie kann die Erhebung, Analyse und Nutzung von Monitoringdaten erleichtern, falls Datennormen entwickelt wurden, und miteinander kompatible Systeme in Verwendung sind.

Der Entwicklungsprozess eines Indikatorengerüsts beinhaltet mehrere Schritte: Durchführen einer Literaturrecherche, Expertenbefragungen und Delphi-Studien, um einen Konsens über eine Liste von Indikatoren zu erzielen, sowie eine Evaluation der Verfügbarkeit und Qualität der Daten. Die Anzahl potentieller Indikatoren zur Nachverfolgung ist enorm hoch und muss systematisch verkleinert werden.

Die drei Kriterien für die Entwicklung von Indikatorgerüsten sind: solide, praktisch und anwendbar (Choi 1998). Bei diesen Indikatoren ist die Definition von dem, was einen Fall ausmacht, wichtig (Garcia-Albreu, Halperin and Danel 2002).

Falldefinitionen für Monitoringzwecke können sich von den Kriterien, die für eine klinische Diagnose verwendet werden, unterscheiden (CDC 1997). Für nicht-ansteckende Krankheiten empfiehlt die WHO (2003) ein schrittweises Herangehen, welches einen Kern- und einen erweiterten Satz von Indikatoren beinhaltet (WHO 2003). Bei Verwendung der gleichen, standardisierten Variablen und Protokolle für die Dokumentation können alle Länder die erhobenen Daten nutzen – und zwar nicht nur zum Monitoring von Trends von Kindesmisshandlung in einem Land, sondern auch um Vergleiche zwischen Ländern anzustellen. Eine solche Vorgehensweise fördert laut WHO (2003) die Erhebung kleiner Mengen an nützlicher Information auf regelmäßiger und fortlaufender Basis, wie es im Kontext eines CAN-MDS-Monitoringsystems vorgeschlagen wird.

Thacker et al. (1996) schlugen drei Kategorien von Monitoringinformationen vor: Kontrolle der Exposition, des Risikos (hier: Determinanten) sowie die Kontrolle von Auswirkungen auf die Gesundheit. Für das spezifische Set von Indikatoren in Kindesmisshandlung wurde eine vierte Kategorie, Kontrolle von Maßnahmen, hinzugefügt.

Das Datengerüst für Indikatoren, die über ein CAN-MDS-Monitoringsystem erfasst werden können, ist in der nachstehenden Übersicht zusammengefasst.

Exposition von Kindesmisshandlung

- CAN Ereignis
- Vulnerabilität des Kindes gegenüber allen spezifischen Formen von CAN

Auswirkungen von Kindesmisshandlung

- Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit
- Auswirkungen auf die mentale Gesundheit
- Auswirkungen auf die Entwicklung

Monitoring von Determinanten für Kindesmisshandlung

- Risiken bedingt durch Merkmale des Täters / der Täter
- Kindbedingte Risiken von CAN
- Familien- und haushaltsbedingte Risiken von CAN

Monitoring von Maßnahmen als Reaktion auf Kindesmisshandlung

- Einrichtungen, die in Untersuchung und Administration von Fällen eingebunden sind
 - Reaktion der Einrichtung / Versorgung mit Maßnahmen
 - eingeleitete rechtliche Schritte
-

Aufbau des CAN-MDS-Toolkit

Obwohl das Toolkit auf Basis des MDS-Inhalts entwickelt wird, wird das endgültige Material elektronisch samt Handbuch für CAN-MDS Anwender vorliegen. Dieses richtet sich an erweiterte nationale Gruppen (neben einer Version für nationale Kerngruppen von Anwendern, welche im Projektkontext geschult werden. Somit können diese als Trainer und Multiplikatoren in den jeweiligen Ländern, in denen ein nationales CAN-MDS-System entwickelt werden soll, eingesetzt werden.). Das gestufte Verfahren für die Verwendung von CAN-MDS, ein kurzes Protokoll für Anwender, wird dem Handbuch für CAN-MDS Anwender angefügt und kann selbstständig von allen Fachkräften, die bereits als Anwender geschult wurden, genutzt werden. Schließlich wird das MDS auch dem Handbuch beigelegt. Es wird in elektronischer Form verfügbar sein, die online genutzt werden kann.

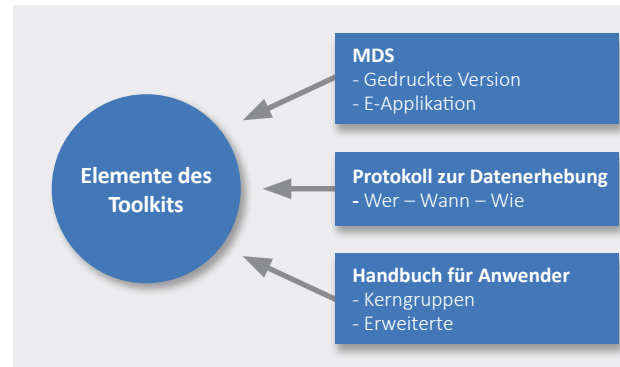


Abbildung 4: CAN-MDS Toolkit im Überblick

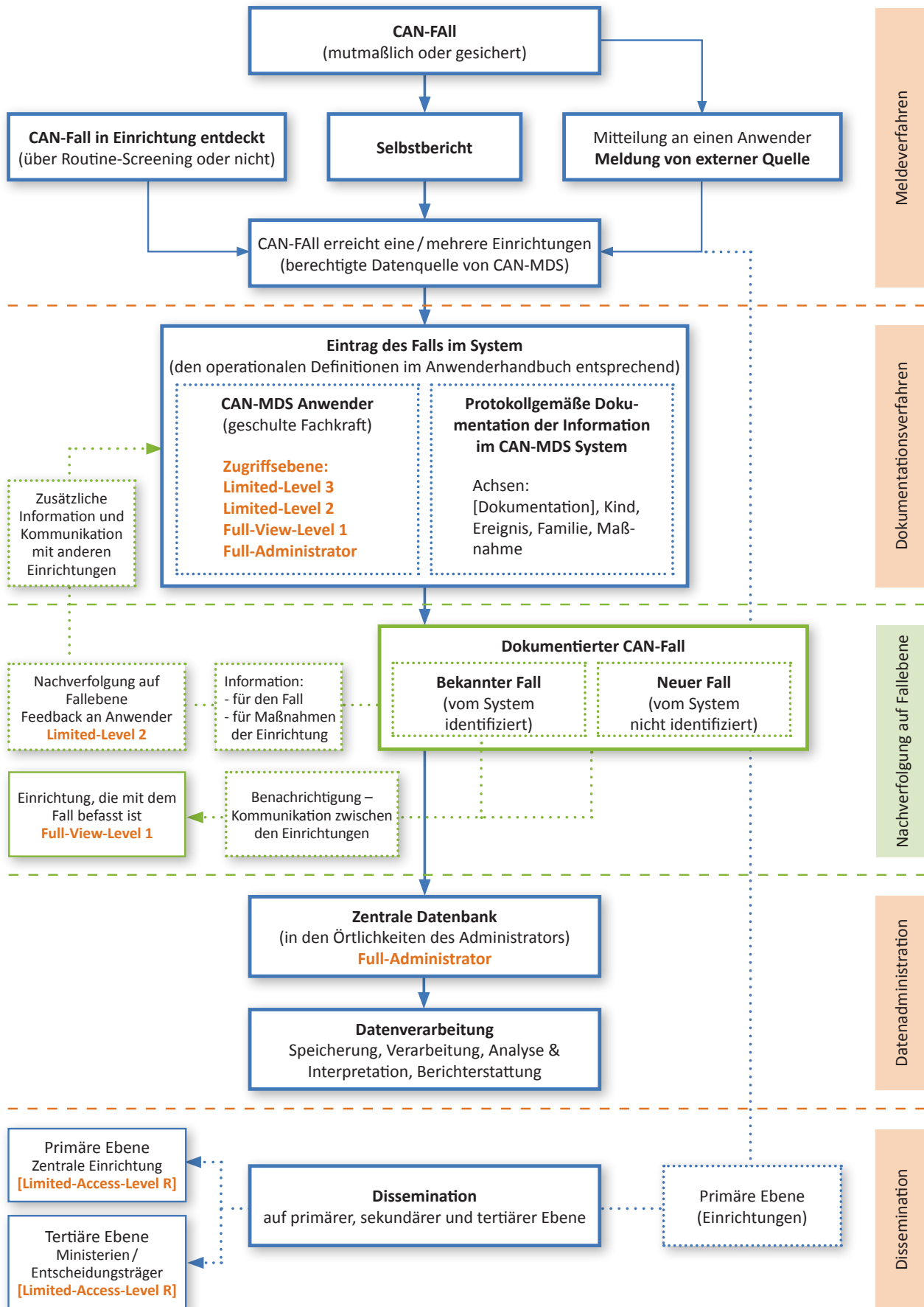
Variablen eines möglichen CAN-Monitoringsystems

V [Nr.]	Achse	Bezeichnung	
1	Dokumentation	ID der Einrichtung	Achse: Dokumentation Variablen: 4
2	Dokumentation	ID des Anwenders	
3	Dokumentation	Datum der Dokumentation	
4	Dokumentation	Informationsquelle	
5	Ereignis	ID des Ereignisses	Achse: Ereignis Variablen: 4
6	Ereignis	Datum des Ereignisses	
7	Ereignis	Ort des Ereignisses	
8	Ereignis	Form(en) der Misshandlung(en)	
9	Kind	Identität des Kindes	Achse: Kind Variablen: 4
10	Kind	Geschlecht des Kindes	
11	Kind	Geburtsdatum des Kindes	
12	Kind	Staatsangehörigkeit des Kindes	
13	Familie	Familienzusammensetzung	Achse: Familie Variablen: 4
14	Familie	Beziehung des Hauptsorgeberechtigten zum Kind	
15	Familie	Geschlecht des Haupterziehungsberechtigten	
16	Familie	Geburtsdatum des Haupterziehungsberechtigten	
17	Maßnahmen	Institutionelle Reaktion	Achse: Maßnahmen Variablen: 2
18	Maßnahmen	Empfehlung(en) von Maßnahmen	

Informationen zu den Variablen im Handbuch für CAN-MDS-Anwender

Begrifflichkeiten	
Abkürzung	Benennung der Variable
Achse	Achse, zu der die Variable gehört (5 Möglichkeiten: Dokumentation, Ereignis, Kind, Familie, Maßnahmen)
Definition	kurze Definition der Variable. Detaillierte Operationalisierung
Grund für die Aufnahme	kurze Begründung, weshalb die Variable Teil von CAN-MDS ist
Damit verbundene Quellen	Quellen, die obige Begründung / die Bedeutsamkeit der Variable stützen, in das MDS aufgenommen zu werden
Relevanz	Bezug zu spezifischen Zielen des CAN-MDS
Technische Spezifikationen	
Indikatorkategorie	Jede Variable bezieht sich auf einen oder mehrere Indikatoren. Es wird vorgeschlagen, die Hauptkategorien der Indikatoren mittels CAN-MDS zu erfassen: 1. Exposition von Kindesmisshandlung 2. Auswirkungen von Kindesmisshandlung 3. Monitoring der entscheidenden Faktoren für Kindesmisshandlung 4. Monitoring der Maßnahmen in Reaktion auf Kindesmisshandlung
Art der Vervollständigung	„verpflichtend“, „konditional“ (wenn abhängig von anderen Variablen) oder „optional“ (für Variablen vorgesehen, welche nicht Kern des MDS sind)
Antwortformat	Jede in der finalen Version von CAN-MDS enthaltene Variable, ist vollständig operationalisiert.
Subvariablen	Bei manchen Variablen wird vorgeschlagen, die Subvariable miteinzubeziehen, um präzisere Informationen zu sammeln.
Wechselbeziehungen	Zusammenhänge zwischen Variablen (als ein erster Schritt für die Beschreibung, wie das System gestaltet sein könnte)

7. FLOWCHART EINES CAN-MDS-MONITORINGSYSTEMS



Zum Projekt

Titel	Coordinated Response to Child Abuse and Neglect via Minimum Data Set
Co-Finanzierung	EC DAPHNE III Programme, DG Justice, [80%] und teilnehmende Organisationen [20%]
Vertrag	JUST/2012/DAP/AG/3250
Dauer	24 Monate (Beginn: Februar 2013)

Konsortium

Koordination	Institute of Child Health, Dept. of Mental Health & Social Welfare (ICH-MHSW)-EL
Ethische Fragen	Prof P. Durning
Ext. Evaluation	Mrs J. Gray
Partner	Child and Family Agency-BE
Organisationen	South-West University "Neofit Rilski" (SWU)-BG University Ulm, Dept. of Child and Adolescent Psychiatry/ Psychotherapy-DE National Observatory of Children in Danger (ONED)-FR Istituto degli Innocenti (IDI)-IT Babes-Bolyai University, Dept. of Social Work (BBU)-RO
Associate Partner	Lucerne University of Applied Sciences & Arts, School of Social Work-CH

Mit freiwilligen Beiträgen des Ministry of Health, Social Welfare and Equality, DG of Services for Family & Infancy-ES

Lesen Sie auch die Country Reports



Quellen

- Abelsohn, A., Frank, J., Eyles, J. (2009). Environmental public health tracking/surveillance in Canada: a commentary. *Healthcare Policy*, 4(3), 37-52.
- AlEissa, M. A., Fluke, J. D., Gerbaka, B., Goldbeck, L., Gray, J., Hunter, N. Madrid, B., Puyenbroeck, B. V., Richards, I., and Tonmyr, L. (2009). A commentary on national child maltreatment surveillance systems: Examples of progress. *Child Abuse & Neglect*, 33(11):809-814.
- Amal, B. (2009). Components of a good surveillance system and future plans for improvement in the EMR. Presented at WHO, Regional Office for the Eastern Mediterranean Surveillance Workshop Available at: www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/ie_oct09_surveillance_components.pdf
- Bross, D. C. et al. (2000). World perspectives on child abuse: The fourth international resource book. Denver, CO: Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine.
- Choi, B. C. K. (2012). The past, present, and future of public health surveillance. (Invited Spotlight Article). *Scientifica*, Article ID 875253, <http://dx.doi.org/10.6064/2012/875253>
- Choi, B. C. K. (1998). Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Diseases in Canada*, 19, 145-151.
- ChildONEurope (Bianchi D., Ruggiero R., editors) (2009), Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse, ChildONEurope Series 1, Istituto degli Innocenti, Firenze
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Principles of Epidemiology in Public Health Practice, An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics. 3rd Edition. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Prevent Child Maltreatment. Available at: www.cdc.gov/features/healthychildren
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46, 1-55.
- Fallon, B., Trocme, N., Fluke, J., MacLaurin, B., Tonmyr, L., & Yuan, Y. (2010). Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34, 70-79.
- Garcia-Albreu, A., Halperin, W. and Danel, I. (2002). *Public Health Surveillance Toolkit: A Guide for Busy Task Managers*, World Bank, Washington, DC, USA.
- Finkelhor, D. and Wells, M. (2003). Improving data systems about juvenile victimization in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 77-102.
- HM Government. (2013). Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. Available at: <http://media.education.gov.uk/assets/files/pdf/w/working%20together.pdf>
- Konowitz, P. M., Petrossian, G., A., Rose, D. N. (1984). The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. *Public Health Rep*, 99, 31-35.
- Leeb R, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. (2008). Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Control and Prevention: Atlanta, GA.
- National Research Council (NRC, U.S.) (1993). Understanding child abuse and neglect. Washington, DC: National Academy Press.
- Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., et al. (2006). Public health surveillance: a tool for targeting and monitoring interventions. In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham et al., Eds., The World Bank and Oxford University Press, Washington, DC, USA, 2nd edition. <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/53/Section/7904>
- O'Donnell, M., Scott, D., Stanley, F. (2008). Child abuse and neglect: it's time for a public health approach? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 325-330.
- Parks, S., Sugerman, D., Xu, L., Coronado, V. (2012). Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003-2008: application of the CDC operational case definition to national hospital inpatient data. *Injury Prevention*, 18(6), 392-8.
- Putnam-Hornstein, E., Webster, D., Needell, B., & Magruder, J. (2011). A public health approach to child maltreatment surveillance: Evidence from a data linkage project in the United States. *Child Abuse Review*, 20, 256-273.
- Sedlak, A. J. and Broadhurst, D. D. (1996). The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-3). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Sleet, D. A., Hopkins, K. N., Olson, S. J. (2003). From discovery to delivery: Injury prevention at CDC. *Health Promotion Practice*, 4, 98-102.
- Stoto, M. A. (2003). Public Health Surveillance: A Historical Review with a Focus on HIV/AIDS, RAND, Santa Monica: California-USA.
- Teutsch, S. and Thacker, S. (1995). Planning a public health surveillance system. *Epidemiological Bulletin*, 16(1), 1-6.
- Thacker, S. B. (2000). In: Principles and Practices of Public Health Surveillance. Oxford University Press, New York. 1-16.
- Thacker, S. B., Stroup, D. F., Parrish, G., Anderson, H. A. (1996). Surveillance in Environmental Public Health: Issues, Systems and Sources. *American Journal of Public Health*, 86, 633-38.
- Thacker, S. B., Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 10, 164-190.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., & Cloutier, R. (2005). Canadian incidence study of reported child abuse and neglect—2003: Major findings. Ottawa, ON, Canada: Minister of Public Works and Government Service.).
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2003). *STEPS: A Framework for Surveillance. The WHO STEPwise Approach to Surveillance of Non-communicable Diseases (STEPS)*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1999). WHO Recognizes Child Abuse as a Major Public Health Problem. Press release, WHO/20: 8 April
- Wyatt, G. E., and Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse and Neglect*, 10, 231-240.
- Zimmerman, F., Mercy, J. A. (2010). A better start: child maltreatment as a public health priority. Available at: www.zerotothree.org/maltreatment/child-abuse-neglect
- Ziravom, S. J. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems. In R. Starr and D. Wolfe, eds. *The Effects of Child Abuse and Neglect: Issues and Research*. New York: Guilford Press.